

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**PROGRAMA INTERFACULTADES
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

**NIVEL DE ANSIEDAD QUE SE MANIFIESTA ANTE UN TRATAMIENTO
ODONTOLÓGICO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD
PÚBLICA**

**PRESENTA
C.D. FRANCISCO CÁZARES DE LEÓN**

**DRA. BLANCA IDALIA MONTOYA FLORES
DIRECTORA DE TESIS**

MONTERREY, N.L

JULIO DEL 2012

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios padre quién es mi guía espiritual y quien me da la fortaleza para seguir dando frutos en esta hermosa vida.

A mi padre Francisco (†) que desde cielo me apoya en cada instante de mi vida, quien me dejó la mejor de las herencias: el estudio, me enseñó el camino de la vida y creyó en mí.

A mi madre Elsa, quien amo profundamente, día a día me regala su amor, haciendo posible la mayoría de mis sueños.

A mi esposa Estrella quién me demuestra su cariño, confía en mí y me da las fuerzas para salir día con día con el amor incondicional que me brinda en nuestro caminar juntos. Te Amo.....

A mi hijo Paquito, que acaba de llegar hace mes y medio a mi vida para convertirme en papa y ser él mi motor de vida, quien me inspira cada mañana al verlo para ser mejor cada día.

A mi hermano Arturo por siempre estar a mi lado y su bonita familia que me apoyaron cuando más los necesite.

A mi hermano Hernán por crecer siempre juntos y con su ejemplo de tenacidad sacar adelante a la familia, quien respeto y admiro.

A la Dra. Blanca Montoya, mi maestra, tutora, directora de tesis, mi consejera, en fin en una palabra mi mamá adoptiva académicamente, a quien admiro y respeto mucho, ya que con su apoyo en lo profesional, personal y en la vida misma, me enseñó a enfrentar los problemas y salir delante de ellos, siempre encontrando optimismo ante cualquier adversidad, por lo que en estos logros ella es una parte muy importante.

Al Dr. Miguel Ángel quien me brindó todo su apoyo y la oportunidad de cursar esta maestría.

A mis amigos y maestros que siempre me han apoyado y creído en mí: Dr. Lozano, Dr. Pedro, Dr. Luis, Dra. Vicky, Dra. Cony, Dr. Benito, Dra. Paula, Dra. Georgina, Lic. Gustavo y Mtro. Juan G.

A mis suegros, amigos, familiares y pacientes que han depositado su confianza en mí y yo en ellos.

Por último y no menos importante a la Universidad Autónoma de Nuevo León, mi Alma Mater, a quién me debo y por quién sigo aquí en el camino del saber.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	6
I.1. Antecedentes.....	8
I.2. Delimitación del problema.....	18
I.3. Justificación.....	20
I.4. Hipótesis.....	23
I.5. Objetivos.....	23
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	24
II.1 Uso de Servicios de salud (dentales).....	24
II.2 Factores que afectan los servicios de salud dental.....	25
II.2.1 Factores psicológicos que afectan los servicios dentales.....	26
II.2.2 La ansiedad.....	31
II.3 Ansiedad positiva y negativa.....	36
II.4 Ansiedad dental.....	37
II.5 Ansiedad estado-rasgo.....	44
II.6 Modelos explicativos del uso de servicios de salud.....	46
II.6.1 Modelo Integrado de Andersen.....	47
II.6.2 Modelo Psicosocial de Rosentock.....	48
II.6.3 Modelo de los sistemas autorregulatorios de Leventhal.....	49
II.7. Intervención del odontólogo ante la ansiedad en el tratamiento.....	52
Odontológico	
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE.....	55
ESTUDIO	
III.1 Tipo y diseño de estudio.....	55
III.2 Unidades de observación.....	56
III.3 Población.....	56
III.4 Temporalidad.....	58
III.5 Criterios.....	58
III.6 Estadístico.....	59
III.6.1 Tamaño muestral.....	59
III.6.2 Cálculo muestral.....	60
III.6.3 Tipo de muestreo.....	60
III.6.4 Técnicas de recolección de datos.....	61
III.6.5 Análisis estadístico.....	62
III.6.6 Operacionalización de variables.....	64
III.6.7 Procedimiento.....	68

CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	69
Discusión de resultados.....	79
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES....	84
REFERENCIAS.....	88
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	93
ANEXOS	94
Consentimiento informado.....	94
Cuestionario de datos y de ansiedad.....	95
Respuesta de los ítems.....	96
Definiciones y términos.....	97
Tablas y gráficas de estadística descriptiva.....	99

CAPÍTULO 1

|

INTRODUCCIÓN

Para la investigación odontológica existe un amplio campo de problemas sociales, culturales, económicos y de la conducta que se saben influyen en la salud bucal de la población; su estudio ha permitido entender y explicar los comportamientos de los individuos y grupos frente a las enfermedades buco-dentales y ante la necesidad de recibir atención dental profesional.

Uno de los problemas que ha despertado poco interés entre los odontólogos es lo referente a factores psicológicos tales como la ansiedad. Y aunque desde mucho tiempo se ha relacionado al miedo y a la ansiedad con los tratamientos dentales, éste es un problema muy frecuente en la consulta dental, y que puede ser un obstáculo para un lograr tratamientos odontológicos exitosos y seguros para los pacientes, los cuales tienen que ser vistos y atendidos desde la perspectiva de un modelo biopsicosocial, tal como la Organización Mundial de la Salud define en su concepto a la salud.

Los estudios se han centrado en descubrir cuáles son los factores que influyen para que las personas decidan o no acudir al dentista en caso de necesidad, lo que significa que solo busquen ayuda cuando ya el dolor sea muy intenso y los limite en su funcionalidad.

La psicología y la odontología son dos áreas de la salud que aparentemente no están en relación, pero que en realidad tienen múltiples intereses en común. Ya que el comportamiento de los individuos puede afectar en no acudir a recibir tratamiento dental en caso de que éste se requiera. La psicología, como ciencia de la conducta tiene gran importancia para los odontólogos a la hora de atender los problemas dentales, en el manejo de la conducta de un paciente y para que el odontólogo sepa cuestiones psicológicas básicas, esto no le da la facultad de ser psicólogo en su consulta. El odontólogo siempre está obligado a tratar a su paciente integralmente y no solo su boca.

Todas las personas en algún momento de su vida presentan ansiedad y miedo. Una persona ansiosa o con miedo al recibir un tratamiento odontológico, pero que aún así puede empezar un tratamiento, aunque fracase o dificulte éste, se diferencia del fóbico porque éste evita a toda costa la realización del tratamiento. De tal manera, que la diferencia entre de estos conceptos es de suma importancia para el profesionista de la salud, para comprender a los pacientes en todo momento que acudan a buscar ayuda en cuanto a su salud.

Al identificar una gran cantidad de variables que parecen estar asociadas con la decisión de buscar ayuda profesional, se han adoptado modelos explicativos que pretenden esclarecer las relaciones entre las características individuales, sociales, económicas y culturales que producen distintos patrones de uso.

I.1 ANTECEDENTES

La ansiedad ha sido un factor muy importante para los pacientes odontológicos que se ha estudiado en distintas partes del mundo pero aún así los profesionales de la odontología no llegan a atender a un paciente con éstos factores psicológicos de ansiedad y estrés, apoyados en una disciplina como la psicología para poder ofrecer mejores tratamientos a los pacientes. La mayoría de los estudios demuestran que la ansiedad es un factor estresante que llega a impedir que un paciente acuda a consulta y en caso de recibir tratamiento éste factor psicológico evita la terminación de este.

Las estadísticas afirman, según estudios de Scott y Hirshman, que de un 8 a 15% de la población tiene fobias en cuanto a visitas al consultorio dental, y por lo tanto a recibir tratamientos odontológicos, pero se sabe que el otro porcentaje que es de un 85 a 90%, experimenta miedo o ansiedad, aunque sin fobia antes y/o durante el tratamiento (citados por Gordon, Slovin, Krochak, 1988).

Antes de 1970, la literatura sobre los temores y la evitación de citas dentales, consistía en estudios de casos mal comprobados, extrapolaciones de las teorías de otras áreas a la de los miedos dentales y otros fragmentos de opiniones de autores en gran parte sin información sobre estos temores (Klepac, 1988).

Después de esta década empiezan estudios de casos mejor comprobados y controlados, con buenas bases metodológicas en investigación, para medir, correlacionar, e identificar las etiologías de los miedos dentales.

Armfield (2011) en su estudio en la población australiana, utilizó la escala de miedo dental e informar a los pacientes de su miedo dental para efectivizar en mayor medida un tratamiento odontológico efectivo. Esto permitirá a los clínicos o investigadores comparar resultados para un individuo o subgrupos de la población.

McNeil, Helfer, Weaver, Graves, Kyle, Davis (2010) en su estudio realizado con una muestra de 79 pacientes que se presentaron para extracciones de urgencia habían presentado ansiedad y miedo al dolor antes, durante y dos semanas después al procedimiento. Se encontró que la ansiedad dental y el miedo al dolor siempre estuvieron conectados. Los pacientes altamente ansiosos reportaron más dolor antes al procedimiento y esperan más dolor; esto debido a sus preocupaciones con respecto al dolor que tienen en su memoria de dolor dental.

Humphris, King (2010) en su estudio tuvo como objetivo comparar la prevalencia de la ansiedad dental alta a través de experiencias angustiantes en el pasado. En una muestra de 1024 sujetos el porcentaje fue de 11.2% que es una prevalencia significativa de HDA (High Dental Anxiety) a través de muchas experiencias angustiosas, concluyendo que el trauma de varias experiencias pasadas pueden estar implicadas en un incremento del riesgo de ansiedad dental alta.

De Jongh, van Wijk, Lindeboom (2011) en su estudio fue examinar prospectivamente el impacto psicológico de la cirugía del tercer molar inferior e identificar los posibles factores de riesgo psicológicos de ansiedad dental y síntomas de trauma psicológico. Con una muestra de 71 pacientes para la cirugía del tercer molar inferior fueron evaluados con respecto a las variables psicológicas inmediatamente después de operados y a la semana y a un mes del seguimiento. Los resultados sugieren que el 4.3% de la muestra con la cirugía del tercer molar usando anestesia local sin sedación o anestesia general tuvieron un nivel de la ansiedad dental o los síntomas del trauma psicológico.

Vinaccia, Bedoya y Valencia (1998) en su estudio aplicaron un programa de preparación psicológica para disminuir la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica, el tiempo de duración de la misma, la cantidad de anestesia utilizada y el tiempo de incapacidad post-operatoria. El programa lo desarrollaron con un grupo experimental y un grupo control que igualmente requerían de la extracción de terceros molares. Encontrando en sus resultados el 0.05 de nivel de significación estadística, en donde sólo en 3 comparaciones con relación a la variable ansiedad; el tiempo de duración de la cirugía, la cantidad de anestesia utilizada y el tiempo de cicatrización fueron porcentualmente menores dentro del grupo experimental en comparación con el grupo de control.

Boman, Lundgren, Bergreen, Carlsson (2010) estudiaron la relación entre los factores psicosociales y el estado dental en pacientes adultos con miedo dental severo. Reportaron que la mayoría de los sujetos (84%) presentaron niveles clínicos de ansiedad

general y el 46% reportó niveles clínicos de depresión. Los sujetos con grave miedo dental severo sufren de las consecuencias biopsicosociales y de angustia.

Crocombe, Broadbent, Thomson, Brennan, Slade, Poulton (2010) comprobaron que el nivel socioeconómico y la ansiedad en la infancia puede afectar a los patrones de visita dental entre los 18 y 32 años. Sus resultados fueron clasificados en tres trayectorias separadas de visita dental, como oportunistas (13.1%), en baja (55.9%) y asistentes de rutina (30.9%). El análisis bivariado mostró bajo nivel socioeconómico en la niñez, el sexo masculino y la ansiedad dental a estar asociado con las visitas oportunistas. La ansiedad dental y el nivel socioeconómico bajo en la niñez fueron estadísticamente significativos para predecir la pertenencia a la trayectoria oportunista, siendo la ansiedad dental un factor importante en las visitas al dentista.

Akarslan, Erten, Uzun, Iseri, Topuz (2010) evaluaron las posibles relaciones entre la ansiedad rasgo, ansiedad dental y el índice de CPOD (dientes cariado, perdidos y obturados) en pacientes que asistieron a una escuela dental. Con la Escala (versión turca) de la Ansiedad Rasgo de Spielberger y la Escala de Ansiedad Dental observaron una correlación lineal significativa entre el rasgo y la ansiedad dental, pero no hubo correlación entre el índice CPOD, el rasgo de ansiedad y ansiedad dental. La ansiedad rasgo tiene un impacto sobre la ansiedad dental, pero no afecta el índice CPOD.

Kirova, Atanasov, Lalabonova, Jenevska (2010) investigaron la ansiedad dental mediante una escala de autoevaluación (Escala de Ansiedad dental, DAS) desarrollada por Corah. Esta fue utilizada en forma de cuestionario. Sus resultados mostraron que la

ansiedad dental moderada fue la mayor en todos los sujetos en un 35.5% de la puntuación de DAS:9-12 puntos, seguido por los sujetos sin ansiedad con 34.6%, 4.8 puntos. El tercer grupo más numeroso fue el de alto nivel de ansiedad, 18.2%, 13-14 puntos, seguido por los sujetos con ansiedad severa con 11.7%, 15-20 puntos. La puntuación media fue de 10.26 ± 0.14 . Encontraron una correlación estadísticamente significativa entre la ansiedad, la edad ($P = 0.05$), educación ($P = 0.05$) y el tipo de trabajo (manual o intelectual) ($P = 0.01$). No se encontraron diferencias significativas entre la edad y el sexo ($P = 0.05$). El porcentaje de personas con puntuaciones altas en ansiedad dental (DAS 13-20) en Bulgaria (29.9%) es considerablemente más alto que en algunos países europeos y de América del Norte. Su estudio fue el primero en Bulgaria sobre ansiedad dental, por lo que se necesitan más estudios para descubrir otros factores relacionados con la ansiedad dental.

Caycedo, Cortés, Gama, Rodríguez, Colorado, Caycedo, Barahona, Palencia (2008) en su estudio sobre las convergencias entre el reporte del odontólogo acerca de la ansiedad de sus pacientes y la respuesta de los pacientes a dos escalas de ansiedad (*MDAS Escala de Ansiedad Dental Modificada* y *SDAI Inventario de Ansiedad-versión corta*) ante el tratamiento odontológico, en una muestra de 132 odontólogos y 913 pacientes en Colombia presentaron datos a las respuestas de los pacientes a dos instrumentos de autorreporte acerca de la ansiedad ante tratamientos odontológicos.

Cada ítem de la escala *SDAI* mostró una confiabilidad excelente de alfa de 0.936, con niveles de consistencia interna ítem-prueba positivos para todos los casos con r : 0.652 y r : 0.822. Observaron que las causas más ansiógenas son los que incluyen jeringas y agujas (47.2%), la anticipación de la extracción dental (34.7%) y la anticipación del uso de la fresa dental (25.4%).

Da Cunha, Pires Correa, Álvarez (2007) estimaron en su estudio la ansiedad materna frente al tratamiento odontológico de sus hijos utilizando la escala de ansiedad dental propuesta por Corah. La muestra de 100 madres, cuyos hijos eran atendidos en la Clínica de Odontopediatría, y los resultados mostraron que 52% de las madres presentaron baja ansiedad, 23% ansiedad moderada, 21% sin ansiedad y 4% con ansiedad considerada alta. Concluyeron que frente al tratamiento odontológico, la mayoría de las madres presentaron bajos niveles de ansiedad, siendo importante incluir escalas de ansiedad en la anamnesis, además de realizar orientaciones con respecto a la forma de atención. Esto para reducir la ansiedad materna desde el inicio de la atención odontológica de su hijo.

Lima Álvarez, Rivero, Pérez (2007) realizaron un estudio en 67 pacientes y determinaron que el factor de riesgo que más influyó en el estado de salud bucal fue el biológico (77.6%), al relacionar el diagnóstico estomatológico con la percepción de riesgo de enfermedad bucal la mayoría de los pacientes percibían éste pero no eran capaces de ir al dentista para recibir tratamiento. El 61,2% de los pacientes tenían miedo y el 29.9%, cifra altamente significativa, utilizando una chi cuadrada y se encontró que existe asociación entre la variable miedo y la variable estado de salud bucal

desfavorable. La percepción de riesgo a enfermar se comportó en el 76.1% de los pacientes.

Peñaranda (1990) dio a conocer a través de su estudio la importancia de aspectos psicológicos que podrían ser útiles en las relaciones de los odontólogos con sus pacientes: manejo psicológico del paciente dental, consecuencias psicológicas de la enfermedad dental, psicogénesis de la enfermedad dental, comportamiento del paciente al primer contacto y aspectos de organización del trabajo. Utilizó una p menor o igual a 0.001 y como resultado de cuatro grupo de elementos hubo una diferencia significativa: tesis del paciente, los niños con comportamientos problemáticos, pacientes ansiosos y honorarios profesionales. 16 artículos fueron reconocidos como elementos con Psicología, la cual podría ser útil para ser aplicada en la odontología. Su artículo concluye con recomendaciones y da la importancia de la del papel que juega la psicología dental en las escuelas de odontología y en la práctica privada.

Lima Álvarez y Casanova (2006) realizaron una revisión de la literatura del miedo, la ansiedad y fobia al tratamiento dental y al sillón dental y establecieron la diferencia entre miedo, ansiedad y fobia dental, y que predomina entre el 5 y 31.5% de la población y que aumenta con la edad sin diferencias significativas con el sexo. Encontraron entre las etiologías más frecuentes experiencias traumáticas pasadas y la actitud aprendida de su entorno. Y finaliza que la prevención debe tenerse en cuenta los consejos a paciente para superar el miedo al dentista y la responsabilidad del odontólogo, las cualidades del equipo de tratamiento y las características del consultorio dental.

Soto, Rojas y Esguep (2004) determinaron la relación existente entre algunas patologías orales como líquen plano, Estomatitis aftosa recidivante, Síndrome de boca urente y las alteraciones psicológicas del paciente, tales como el estrés, la ansiedad y la depresión. Sus resultados sugieren que existe una asociación estadísticamente significativamente entre estos desórdenes psicológicos y las patologías orales en estudio. Concluyeron de acuerdo a lo observado que en el mantenimiento del estado de salud de los tejidos orales, los factores psicológicos desempeñan un papel importante.

Sánchez, Toledano, Osario (2004) en su estudio con 81 niños de entre 8 y 12 años que no habían ido antes a una consulta dental; les evaluaron su ansiedad por medio de un test *STAIC* (*Ansiedad / Estado y Ansiedad / Rasgo*) antes de comenzar su tratamiento bucodental y en la tercera y su última visita. Los resultados mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p= 0.293$) entre niños y niñas antes de comenzar el tratamiento. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p 0.05$) cuando se comparan los valores de ansiedad-estado tras el tratamiento en el grupo de niños con el grupo de niñas. Ocurriendo lo mismo con las medias de ansiedad-rasgo pos-tratamiento ($p 0.01$), siendo los valores más altos de ansiedad los correspondientes a las niñas. Las puntuaciones de la escala de comportamiento no alcanza valores medios diferentes en uno u otro grupo de sexo ($p=0.633$). La media de la ansiedad/estado antes del tratamiento y la media de la ansiedad/estado tras el tratamiento es estadísticamente muy significativa ($p 0.001$) en los dos grupos de sexo. Por último, encontraron una relación de dependencia entre el estado de ansiedad antes del tratamiento y el comportamiento mostrado durante el mismo ($r=0.05$ con $p 0.001$). La Ansiedad/Estado está fuertemente correlacionada con

el comportamiento que presenta un niño durante su tratamiento dental. Los valores de ansiedad antes del tratamiento fueron superiores a la ansiedad mostrada tras la realización del tratamiento, lo que nos indica una experiencia dental no traumática, es el principal modo de descender la ansiedad en el niño.

Rojas G. y cols. (2011) en su estudio para determinar la eficacia de dos estrategias psicológicas para la reducción de la ansiedad dental, midiendo la ansiedad utilizando la *escala de Corah*. Conformaron 3 grupos de 20 pacientes adultos (60 pacientes en total) con un rango de edad entre 16 y 75 años, cada uno incorporándolos a atención dental; el primer grupo fue apoyado con técnicas de percepción de control, el segundo con técnicas de relajación y un tercero recibió atención habitual (control). Sus resultados de acuerdo a las categorías de ansiedad dental (baja, moderada y severa), la mayor cantidad de sujetos se ubico en la categoría de ansiedad moderada, tanto al inicio como al final de las intervenciones. En términos de eficiencia de las distintas intervenciones, los resultados muestran que en el grupo de percepción de control hubo disminución significativa del porcentaje de sujetos con ansiedad moderada o severa, observándose que un 20% de los sujetos se ubicaron en categoría de ansiedad baja producto de la primera sesión de panel de control (Wilcoxon, $p = 0.05$). Esto indica que en las intervenciones en base a percepción de control es suficiente una única sesión para disminución de la ansiedad dental. Además observaron que este efecto se mantuvo en las siguientes sesiones de atención dental.

Livia, Manrique (2001) investigaron la relación entre los niveles de ansiedad, las cogniciones negativas vinculadas con la atención odontológica y la capacidad de control que tiene la persona sobre estos pensamientos. Evaluaron a las personas mediante el *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*, el Cuestionario de Cogniciones Dentales y la Escala de Control de las Cogniciones Dentales, encontrando una correlación positiva entre la ansiedad estado y las cogniciones negativas y, por el contrario, una relación inversa entre el nivel de ansiedad y la capacidad de control. Fue evidente que las personas con un alto nivel de ansiedad estado presentan más cogniciones negativas que las personas con baja ansiedad y, una menor capacidad de control auto-percibido de las cogniciones negativas.

Según Vinaccia (1998) menciona que se estima que entre el 10 y 15 por ciento de la población experimenta ansiedad cuando tiene que acudir al dentista, lo que puede inducir a cancelar o posponer su cita y tiene efectos negativos sobre su salud bucodental.

Estudios reflejan que el 31.5 por ciento de los japoneses reconocen que en ocasiones eligen retrasar las citas con el dentista debido al miedo que le provoca el tratamiento dental. El 48 por ciento de la población presenta un significativo nivel de ansiedad en Indonesia, Taiwán, Singapur y Japón.

Catalá M., odontopediatra y profesora de Odontología de la Universidad de Valencia, ha analizado las causas más frecuentes por las que entre un 5 y 20 por ciento de la población tiene miedo de ir al dentista.

En Alemania aproximadamente 5 millones de personas sufren de la llamada “fobia al tratamiento odontológico”. En Cuba el 10.5 por ciento del total de la población la padece, Lima Álvarez, Casanova (2006).

Un programa de preparación psicológica administrado de forma adecuada a una población que presente ansiedad frente a procesos quirúrgicos odontológicos es eficaz en la reducción de dicha ansiedad; entendiendo a la ansiedad como causa y a la vez consecuencia de evitación, dolor, comportamientos inapropiados, traumatismos posoperatorios, etc. (Vinaccia, 1998).

I.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

En la utilización de los servicios odontológicos se presenta con mucha frecuencia la *ansiedad*, por lo que es importante identificar estos signos a los pacientes que acuden a la consulta dental para ayudarnos a conocer las causas y a superar el problema de la escasa o nula utilización de los servicios odontológicos.

El impacto de la ansiedad y el miedo sobre la atención dental de los pacientes, es uno de los principales problemas a los que se enfrenta el odontólogo ya que el comportamiento a veces poco cooperador de los pacientes, representa un desafío para él odontólogo. Generalmente los pacientes con ansiedad asocian, el asistir a una consulta

dental con experiencias de gran sufrimiento, lo que los lleva a experimentarla como una situación amenazadora.

La ansiedad odontológica presentada por los pacientes, en particular ante tratamientos de operatoria dental y procedimientos quirúrgicos dentales, es de gran relevancia para los profesionales de la odontología por lo que se hace necesario tener un conocimiento de cómo tratar la ansiedad antes de atender alguna enfermedad dental; ya que la ansiedad, es uno de los factores que influyen de manera importante para que un paciente utilice o no, un servicio de consulta dental.

Por lo que en el presente estudio nos enfocaremos a los pacientes jóvenes y adultos de ambos sexos, que serán sometidos a algunos tratamientos dentales para investigar qué tanta ansiedad presentan y quiénes presentan mayores niveles de ansiedad por género, edad, escolaridad y ocupación.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Qué niveles de ansiedad presentan los pacientes ante un tratamiento odontológico cuando acuden a las Clínica de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L.?

Es por ello que el realizar este estudio como prestadores de servicios de salud dental, conozcamos las necesidades y sus factores que los afectan para recibir dicha atención, y así podremos ofrecer mejores alternativas de tratamiento; y a su vez los beneficiados serán los propios pacientes quienes con el establecimiento de programas interdisciplinarios con la Psicología podrán ser comprendidos en sus necesidades de tal

manera que reciban una mejor atención y que mejore la asistencia a tratamientos dentales que ayudarán a mejorar la calidad de vida de los personas.

Este estudio cobrará importancia teórica y de intervención dentro del área de la odontología y del área de la psicología de la salud, puntualizando en la necesidad de un trabajo interdisciplinario, frente a problemas de salud aparentemente concernientes a una sola disciplina, en donde se tomará en cuenta factores de comportamiento en una disciplina hasta ahora poco incursionada como es la odontología psicológica

I.3. JUSTIFICACIÓN

La ansiedad es señalada por muchos pacientes como un motivo para no acudir de forma regular al dentista. Esta circunstancia dificulta la atención odontológica de un gran número de pacientes e incluso puede llegar a impedir el tratamiento dental de algunos individuos.

Hay otros factores que afectan la consulta dental, como los conflictos familiares, conductas de salud y hábitos de salud. Estos impactan en la salud de los individuos pues no pueden acceder a servicios de salud dental.

Existen numerosas investigaciones sobre la ansiedad odontológica, la mayoría en niños; donde casi todas ellas mencionan que el impacto del miedo y la ansiedad sobre la salud dental de los pacientes es uno de los motivos principales para no llevar a cabo un

tratamiento dental satisfactorio. Es tal el impacto de la ansiedad que conduce a la evitación de la atención odontológica, motivo por el cual las experiencias que se van generando, para muchos pacientes no es del todo agradable asistir a una consulta dental. Los estudios se han centrado en describir cuáles son las causas que generan ansiedad y medir los niveles de ansiedad pero no se han enfocado en programas de preparación psicológica para disminuir la ansiedad en pacientes sometidos a tratamientos dentales.

En México, todo parece indicar que se carece de estudios que se hayan enfocado a conocer el factor psicológico: *Ansiedad*, que influye en el comportamiento del individuo frente a su salud bucal y al recibir un servicio odontológico. Un paciente ansioso, temeroso dificulta el uso de servicios dentales.

La relación odontólogo-paciente ha sido muy poco estudiada en nuestro país. Actualmente se requiere conocer más a fondo la ansiedad odontológica, motivo por el cual se produce un miedo ante procesos dentales, creando un círculo vicioso difícil de manejar y más que la Psicología y Odontología son dos disciplinas que aparentemente están ajenas una de la otra, pero en realidad tienen numerosos intereses comunes.

Los conocimientos de la Psicología como ciencia de la conducta serán de gran beneficio y relevancia para un país con grandes necesidades de salud bucal y para los profesionales de la odontología a la hora de tratar a sus pacientes.

En el desarrollo de estas actitudes intervienen múltiples causas y factores, por lo que el origen de la ansiedad y el miedo a la atención dental se postula como multifactorial por la mayoría de los autores (*Aguilera, 2002; Márquez, 2001; Navarro, 1996*).

Como prestadores de servicios de salud dental sí conociéramos las necesidades y sus factores que afectan dicha atención, podremos ofrecer mejores alternativas de tratamiento; y a su vez los beneficiados serán los propios pacientes, quienes con el establecimiento de programas en conjunto con algún departamento de psicología podrán ser comprendidos en sus necesidades de tal manera que reciban una atención de calidad y que ésta sea justa y digna.

I.4. HIPÓTESIS

Las hipótesis son proposiciones tentativas acerca de las relaciones entre dos o más variables; y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado (Williams citado por Sampieri, 2010).

Las hipótesis planteadas para nuestra investigación son las siguientes:

Hipótesis Estadísticas

H_a : El nivel de ansiedad es superior en el hombre que en la mujer.

H_0 : El nivel de ansiedad es inferior en el hombre que en la mujer

H_a : A menor edad, menor nivel de ansiedad.

H_0 : A menor edad, mayor nivel de ansiedad.

H_a : El nivel de ansiedad ante el tratamiento odontológico se asocia con el nivel de escolaridad.

H_0 : El nivel de ansiedad ante el tratamiento odontológico no se asocia con el nivel de escolaridad.

I.5 Objetivos

1.5.1. Objetivo general:

Determinar el nivel de ansiedad que se manifiesta ante un tratamiento odontológico cuando acuden a la Clínica de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L.

1.5.2. Objetivos específicos:

1. Identificar el nivel de ansiedad de acuerdo a la escala SDAI.
2. Comparar el nivel de ansiedad según género.
3. Correlacionar la edad con el nivel de ansiedad.
4. Identificar si existe asociación entre nivel de escolaridad y nivel de ansiedad.

CAPÍTULO II MARCO TÓRICO

II.1. USO DE SERVICIOS DENTALES

Para el caso de los servicios odontológicos, Brown y Lazar (1999), señalan que la utilización de atención dental es la cantidad de personas que tuvieron acceso a estos servicios en un período de tiempo determinado. Esta definición implica un requisito importante que es el de la medición. ¿Cuál es la denominador?, ¿Cómo puede establecerse el grado de utilización de los servicios dentales?, ¿Cómo determinar si un individuo o grupo usan poco o mucho este tipo de servicios? (citado por Lara Flores, 2002).

Hay que precisar que se entiende por utilización de los servicios dentales.

Utilizar significa hacer uso de algo, pero aplicado a los servicios de salud, el término no siempre es claro, ya que no da cuenta de la magnitud o el grado en que una persona o un grupo de la población hacen uso de un servicio; tampoco distingue el tipo de servicio utilizado y el contenido de la atención, es decir, las acciones de salud incluidas en el momento de la prestación (Lara Flores, 2002).

Utilización es en cambio, “la cantidad real de servicios que es consumida cuando la demanda desencadena el proceso de atención”.

II.2. FACTORES QUE AFECTAN EL USO DE SERVICIOS DENTALES

Entre los factores que pueden influir en la utilización de los servicios odontológicos se encuentran los siguientes:

- a) El estrés.
- b) El miedo.
- c) La tensión.
- d) La ansiedad (angustia). *Factor subjetivo que ha sido asociado con el uso limitado de los servicios odontológicos.*
- e) Nivel de escolaridad y profesión u ocupación (caracterización social).
- f) Género y edad.

Estas variables se incluyen prácticamente en todos los estudios sobre utilización de servicios dentales en general, se abordan con relación a otras. En el caso de la variable género, Andersen, establece que la variable género está considerada dentro del rubro de factores predisponentes de su modelo de análisis de servicios de salud. Estos factores predisponentes están presentes antes de un proceso patológico, son inherentes a la persona y son inmutables por cambio en las políticas de salud.

II.2.1. Factores psicológicos que afectan el uso de servicios dentales.

Existen algunos conceptos psicológicos que vale la pena hacer algunas distinciones y hacer cuatro eslabones ordenados de menos a más: estrés, miedo, tensión y ansiedad o angustia.

El estrés es la respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de las propias fuerzas. Se manifiesta a través de tres planos específicos: físico, psicológico y conductual. Lo que significa que lo que le ocurre al individuo con estrés es que se sitúa en condiciones de vida que le llevan al borde del agotamiento, acumulado sobreesfuerzo constante, tensión emocional y/o intelectual fuerte y un ritmo vertiginoso de vida, sin tiempo para nada. Aquí lo fundamental es el tipo de vida; el hombre con estrés vive en una tensión constante y esto lo afecta de manera integral (Rojas, 2009).

El miedo es un temor específico, concreto, determinado y objetivo, ante algo que de alguna manera se encuentra en el exterior del individuo y se le aproxima trayendo inquietud, desasosiego y alarma. Aquí la clave está en la percepción de peligro real que amenaza en algún sentido, de esta situación se desprenden una serie de pautas defensivas con la intención de evitar o superar esa intranquilidad. Esas medidas son racionales y

dependen del tipo de peligro concreto, en cada caso la estrategia que se fabrica es distinta, pero proporcional al hecho en sí (Idem).

El término tensión se refiere tanto a las situaciones que demandan una respuesta, exigencia física o psicológica del individuo, como a las reacciones emocionales que se experimentan en dicho contexto. Por ejemplo el acudir a la consulta dental, se considera generalmente como suceso generador de tensión, ya que, la mayoría de las personas experimentan o sienten nerviosismo e intranquilidad al esperar su turno en el consultorio del dentista (Spielberger, 1980).

La ansiedad es una sensación de temor, indefensión y zozobra., ante algo difuso, vago, inconcreto e indefinido, a diferencia del miedo que tiene una referencia explícita; el miedo se origina por algo y la angustia o ansiedad se produce por nada. Simplificando los conceptos se puede decir que, el miedo es un temor con objeto, mientras que la ansiedad es un temor impreciso carente de objeto exterior (Op.cit,Rojas,2009).

Enfrentarse a la tensión y la ansiedad es una necesidad diaria en el crecimiento humano. La tensión forma parte del trauma natural de la vida.

Spielberger en su libro sobre Tensión y Ansiedad, utiliza el término tensión para referirse a un complejo psicobiológico que comprende tres elementos principales:

Agente → Percepción de la amenaza → Estado de Ansiedad

El proceso se inicia con una situación o estímulo potencialmente peligroso o nocivo (agente), si este es percibido como una amenaza o peligro, se producirá una reacción de ansiedad (Spielberger, 1980).

El ir al dentista, presentar un examen y solicitar un trabajo son ejemplos de situaciones suelen considerarse como peligrosas, física o psicológicamente. Pudiera parecer a simple vista, que las sensaciones de temor, tensión emocional y preocupación, experimentados por las personas en dichas situaciones, parten de la posibilidad de ser dañadas por tales situaciones, sin embargo, las reacciones emocionales a las situaciones angustiosas, son aparentemente influidas por los peligros potenciales reales de tales situaciones como por apreciaciones individuales.

En el ejemplo de ir al dentista, no hay implicación de dolor en la elaboración de la historia clínica, revisión dental, diagnóstico y plan de tratamiento, mucho menos en la sala de espera. Pero la situación, el olor a medicamentos y materiales dentales, los ruidos de la pieza de mano y compresor, en ciertas ocasiones el grito de algún paciente, hacen que los individuos interpreten la situación de ir a la consulta dental como un peligro potencial, por lo tanto sientan temor al dentista.

Spielberger en 1980, refiere que cuando alguien se halla en situaciones angustiosas y las interpreta como peligrosas o amenazadoras, experimenta sensaciones de tensión, temor y preocupación. Asimismo, sufre una serie de cambios fisiológicos y conductuales, como resultado de la activación del sistema nervioso autónomo.

Carballo (1997), menciona que la ansiedad, es una reacción que proviene del sistema límbico, específicamente del hipotálamo, tálamo, hipocampo y el complejo nuclear amigdalino. La intensidad de la reacción es proporcional a la magnitud del peligro o amenaza.

Las sensaciones de incertidumbre, temor, nerviosismo y preocupación; al igual que los cambios fisiológicos y conductuales como temblores, palpitaciones y náuseas, frecuentemente constituyen los síntomas de la ansiedad (Spielberger, 1980).

Rojas,(Op. Cit, 2009) menciona en su libro que el porcentaje de la población que padece ansiedad oscila entre el 10 y 20 por ciento, dependiendo del ritmo de vida que lleve el individuo. En la consulta del médico general, se puede observar que aproximadamente el 30% de los enfermos que a ella asisten tienen ansiedad. También refiere que la ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva, esto quiere decir que se trata de una vivencia, estado subjetivo o experiencia interior, que se puede calificar de emoción. La psicofisiología aquí seguida es similar a la del miedo, y no es otra cosa que una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico. Esta ansiedad es adaptativa, ya que ayuda al individuo a enfrentarse a ciertos requerimientos y exigencias concretas de la vida.

La ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta y activación generalizada; por tanto, la primer la característica es una señal de peligro difusa, que el individuo percibe como una amenaza para su integridad (Op. Cit.2009)

El temor a lo desconocido, siempre conlleva angustia, el grado dependerá tanto de la personalidad del individuo, como de la fantasía creada por el, según lo que supone sufrirá. Este temor se ve más acentuado, cuando el individuo sabe que se enfrentará no solo a algo nuevo, sino que además presuntamente o por experiencia ese algo nuevo le provocará en mayor o menor grado sensaciones dolorosas.

La liberación de catecolaminas también llamadas neurohormonas o aminohormonas, como la adrenalina, noradrenalina y dopamina entre otras, generadas bajo una situación de estrés, se traduce en un estado de ansiedad, una de las fuentes generadoras de esta situación puede ser el tratamiento odontológico (García y cols., 2004).

La ansiedad es una sensación experimentada por todos, en mayor o menor medida en diferentes momentos de la vida cotidiana. En niveles moderados facilita el rendimiento, incrementa la motivación para actuar, alienta a enfrentarse a una situación amenazadora y mantiene alerta. En general, ayuda a desafiar cualquier tipo de situación (Oblitas, 2004).

Los trastornos de ansiedad en conjunto alcanzan una magnitud semejante a la de los trastornos afectivos y tienden a la cronicidad produciendo diversos grados de discapacidad.

La ansiedad, la depresión y otros trastornos psicológicos van acompañados de diversos síntomas fisiológicos, como: diarrea, malestar estomacal, sudor en las manos, dificultades para dormir, problemas respiratorios, falta de concentración y agitación general (Taylor, 2007).

La depresión y la ansiedad son los trastornos más característicos de la vida afectiva.

II.2.2. LA ANSIEDAD

El siglo XX es considerado como el período de la ansiedad, aun que el miedo y la ansiedad son tan viejos como la misma humanidad. La concepción de miedo se halla descrita en los jeroglíficos del Egipto antiguo, en la Biblia, así como en los escritos de filósofos griegos y romanos. El primer reconocimiento escrito, del valor de la ansiedad se encuentre en el tratado del filósofo árabe Alá Ibn Hazim de Córdoba, cita la universalidad de la ansiedad como condición básica de la existencia humana.

Charles Darwin consideraba al miedo como una emoción humana fundamental, dentro del marco referencial de su teoría evolucionista, menciona que la función del miedo consiste en excitar y activar el organismo para enfrentar los peligros externos; poniendo

mayor énfasis en las manifestaciones visibles del miedo. La función de adaptación de las reacciones al miedo proveen una señal que alerta al organismo para actuar: ya sea para escapar o para eliminar un peligro potencial (citado por Spielberger, 1980).

Siempre que una situación se percibe como amenazadora, independientemente que el peligro sea real o imaginario, conducirá a una desagradable reacción emocional, surgirá el estado de ansiedad, el cual es fácil de reconocer, ya que contiene una combinación muy especial de pensamientos y sensaciones desagradables. Además de los procesos fisiológicos mencionados anteriormente, el individuo se siente aprensivo, tenso, molesto, atemorizado y nervioso; tiende a preocuparse por las circunstancias específicas que provocan su estado de ansiedad.

El estado de ansiedad tiene una intensidad y fluctúa en el tiempo:

- a) Ausencia de ansiedad: Predominan la calma y la serenidad.
- b) Ansiedad Moderada: Es acompañada por incertidumbre, aprensión, y nerviosismo.
- c) Ansiedad Alta: Se caracterizan por miedo y temor intenso, acompañados de un comportamiento de pánico.

La intensidad y la duración del estado de ansiedad dependen de los agentes recibidos por el sujeto, así como de la interpretación que haga de ellos como amenazantes o peligrosos.

Cuando hay un estado de ansiedad el comportamiento del individuo incluye: inquietud, temblor, dificultad en la respiración, expresiones faciales de miedo, tensión muscular, falta de energía y fatiga.

Los cambios fisiológicos son: aumento de ritmo cardiaco, elevación de la presión arterial, respiración más rápida y profunda, rigidez muscular y dilatación pupilar o midriasis.

El estado de ansiedad asociado con estos cambios conductuales y fisiológicos, constituyen una experiencia desagradable, lo que hace que las personas se comporten para evitar o minimizar la situación de amenaza.

Aunque las situaciones sean benignas, pueden provocar intensos niveles de ansiedad, ya que las personas por alguna razón lo perciben como peligroso, como el caso de estar en el consultorio dental (Spielberger,1980).

En el libro sobre Tensión y Ansiedad de Spielberg, se menciona que la ansiedad no era reconocida anteriormente como una condición concreta y penetrante, sino hasta nuestros días. Sin embargo, ha existido desde la primera especie *homo*, pero se consideraba como un aspecto del miedo.

Menciona que Sigmund Freud el más famoso psicólogo a principios del siglo XIX, pudo diferenciar entre dos estados aflictivos: el miedo y la ansiedad. Fue el primero en

proponer un papel determinante de la ansiedad en la formación de los estados neuróticos y psicosomáticos, para Freud, la ansiedad era el fenómeno fundamental y el problema central de la neurosis. Veía a la ansiedad como “algo que se siente”, una condición del organismo humano particularmente desagradable y definió los estados de ansiedad como nerviosidad, estos incluían componentes fisiológicos, conductuales y relacionados con la experiencia.

Las condiciones relativas a la experiencia, comprendían los sentimientos subjetivos de la tensión, la aprensión y la preocupación. Muchos de los síntomas fisiológicos y conductuales atribuidos por Freud a la ansiedad, eran muy parecidos a las características del miedo descritas por Darwin.

Freud sostenía la teoría de que la ansiedad era el resultado de una descarga de energía sexual reprimida, la que llamó libido. Después modificó su teoría para describir a la ansiedad como una respuesta ante un peligro, ya sea del ambiente exterior, de los pensamientos o sensaciones, provocándose así un estado de ansiedad y esa desagradable reacción emocional servía para indicar al individuo la necesidad de un tipo de adaptación.

Darwin y Freud, insistían en la utilidad del miedo y la ansiedad en procesos de adaptación del individuo al peligro.

Freud posteriormente, en el concepto de ansiedad, llamó la atención sobre dos orígenes de peligro: el mundo exterior y los propios impulsos interiores de la persona.

Peligro Exterior → Percepción de Peligro → Ansiedad Objetividad

Cuanto mayor es el peligro externo, mayor es la ansiedad objetiva producida.

Las fobias son un ejemplo de ansiedad neurótica, en ellas se produce miedo intenso ante una situación u objeto específico relativamente inofensivo. Cuando una persona fóbica es expuesta a la situación u objeto de temor, experimenta un ataque de ansiedad que le hace tomar medidas bien pensadas para evitar el objeto causante de su fobia; como la ansiedad intensa es causada por un estímulo inofensivo, las reacciones fóbicas son irracionales. Las fobias tienden a perdurar toda la vida y quienes las padecen evitan los objetos o situaciones temidas (Spielberger, 1980).

La **agorafobia** es de las alteraciones de la ansiedad más graves. La definición exacta es la de evitación de un sitio o una situación particular por el temor de experimentar síntomas intensos de miedo. Las personas agorafóbicas presentan temor al temor mismo. El paciente agorafóbico malinterpreta los cambios fisiológicos experimentados como indicación de un desastre inminente y algo que el no puede controlar.

La edad en que aparece es alrededor de los 20 años, el 75% de los agorafóbicos son mujeres.

La ansiedad y la adaptación.

Spielberger, refiere que al ser muy desagradables los niveles altos de ansiedad, sirven para iniciar un comportamiento tendiente a eliminarla o reducirla. Una forma de disminuir la ansiedad es evitar la fuente de peligro, otra manera de atenuar la ansiedad cuando es provocada por un medio externo, sería modificar el ambiente de manera que el peligro se elimine.

Spielberger propone tres maneras de enfrentar la ansiedad:

- a) Represión: Es un proceso mediante el cual las sensaciones, pensamientos, o recuerdos que provocan estados de ansiedad, se eliminan de lo consciente.
- b) Racionalización: Es una forma de defensa psicológica, en la cual el sujeto da explicaciones lógicas y aceptables pero falsas sobre sus acciones, porque enfrentarse a razones verdaderas le causaría un alto nivel de ansiedad.
- c) Intelectualización: Esta relacionado con la racionalización, implica el uso de un proceso de razonamiento altamente abstracto para reducir la ansiedad.

II.3. ANSIEDAD POSITIVA Y NEGATIVA

Siempre que los psiquiatras se refieren a la ansiedad, hacen alusión a aquella que es patológica, enfermiza, negativa y que hay que tratar. Pero llaman ansiedad positiva a aquel estado de ánimo presidido por el interés, la curiosidad, el afán de conocer y

ahondar en tantas cosas atractivas que tiene la vida. Un cierto grado de ansiedad positiva es bueno para cualquier tipo de rendimiento concreto.

El problema se produce cuando esta ansiedad se hace negativa, para lo cual son necesarios los siguientes requisitos:

- a) Gran intensidad,
- b) Duración excesiva,
- c) Paralizante (producción de bloqueos intermitentes crecientes).

Entonces se encuentra ante un trastorno de la afectividad que requiere tratamiento (Op. cit).

II.4. ANSIEDAD DENTAL

El odontólogo debe de tomar en cuenta que se está enfrentando en el ámbito de su consulta odontológica, con una persona que se encuentra ansiosa, angustiada en grado variable de acuerdo a las causas que la motivaron a asistir a la consulta.

Ante ésta situación el odontólogo debe ya prever que cuando se encuentra con un paciente de tales características, éste mostrará una tendencia a abandonar el tratamiento con un alto grado de probabilidad o simplemente no acudir a consulta dental (Martínez Ross, 1989).

La ansiedad dental, el miedo y la evitación de situaciones de atención y tratamiento odontológico se han considerado frecuentemente como fuentes de serios problemas para la salud oral de niños y adultos (Fernández Parra & Gil Rosales-Nieto, 1991, 1994).

La ansiedad dental es también un factor importante de la odontología en sus patrones de visita. (Crocombe LA, 2010).

García BMV y cols. (2004), citan del artículo *Psicodinamia de la fobia y la ansiedad dental* publicado en 1988 por los Drs. Gordon, Slovin y Krochark, que en algún momento de la vida en toda persona se presenta ansiedad y miedo repentino o anticipado, con incrementos concomitantes en la frecuencia cardíaca, resequedad bucal, sudoración de las manos y sensación de vacío estomacal. Mencionan que las estadísticas afirman, que entre el 8 a 15% de la población tiene fobias a visitar al consultorio dental y a recibir atención odontológica; sin embargo se sabe que buena parte del otro 85 a 90% aunque sin fobia, exhibe cierta forma de miedo o ansiedad antes y durante el tratamiento odontológico.

Niveles elevados de miedo y evasión a la atención dental, pueden limitar la efectividad del tratamiento odontológico e impedir que se detecten a tiempo procesos patológicos de gravedad diversa. (Rantavuori, Lahti, Hausen, Seppa y Karkkainen, 2004; Townend, Dimigen & Fung, 2000).

La **fobia específica** consiste en un temor intenso y persistente, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación

específica. La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional pero no puede controlarlo. El paciente evita un objeto o situación reconocida por el individuo como irracionalmente atemorizadora, que despierta en él una reacción ansiosa desproporcionada en su presencia o cuando anticipa su encuentro. Lejos de él, el sujeto no presenta ansiedad.

La **fobia dental** se considera un miedo extremo e intensificado al dentista y al tratamiento odontológico. Esta fobia puede dar lugar a estados de pánico reales con ataques de sudoración y temblores que lleva a los pacientes a evitar su cuidado dental (Lima M. y Casanova Y., 2006).

Canto en el año 2007, define la fobia ante el tratamiento odontológico como el miedo excesivo, desproporcionado y persistente, ante la anticipación o presencia de un instrumento del equipo dental, o ante el propio tratamiento dental. Pueden presentarse síntomas evidentes de ansiedad que podrían ocasionar un ataque de pánico cuando el individuo se expone a los estímulos fóbicos (equipo dental, odontólogo o tratamiento) y finalmente, el paciente puede exhibir conducta de evitación ante todos los estímulos relacionados con tratamientos dentales (citado por Caycedo y cols., 2008).

El **agarofóbico dental** espera lo peor, su percepción cognoscitiva es de vulnerabilidad. No puede suspender los síntomas que presenta, se intensifican y confirma su creencia irracional de desastre. Desde la visita al consultorio se ponen nerviosos, con latidos irregulares y baja presión. Después vendrá el pánico y no lo puede controlar. El miedo crece más y se llega a un ataque de pánico. Hay evitación total al mundo exterior. El

único lugar seguro es su casa. En las situaciones menos exageradas evitan las situaciones de ir al consultorio dental.

Se cree que su etiología es por un ataque de pánico, que cuando niños en un sillón dental tuvieron ataque de pánico o cuando les inyectaron en algún consultorio médico. También se cree que por una ansiedad intensa y no resuelta como la separación (por ejemplo de un cónyuge) que causa mayor necesidad por controlar el ambiente, esperando evitar más abandono o rechazo.

Cualquiera que sea la causa el paciente carece de control y la situación lo abruma.

Carballo en 1997, realizó las siguientes especificaciones sobre gravedad de la clasificación de trastornos de ansiedad en el paciente odontológico.

- ✓ Leve: solo da lugar a una ligera dificultad para la realización del examen, diagnóstico, o tratamiento odontológico.
- ✓ Moderado: existen signos y síntomas de deterioro psicológico-funcional suficientemente intensos en el trastorno de ansiedad moderado como para dificultar el examen, diagnóstico o tratamiento odontológico, obligando a un cambio en la rutina del odontólogo.
- ✓ Severo: se detectan diversos signos y síntomas de deterioro psicológico-funcional que impiden la realización del examen, diagnóstico y tratamiento

odontológico en la cita programada, forzando un cambio en el día de la cita, o la negativa por parte del paciente, del odontólogo o de ambos para seguir con el tratamiento.

Según el *Catálogo Universal de Servicios de Salud* (2010) de la Secretaría de Salud en México, en este grupo de trastornos se encuentran: el trastorno de ansiedad generalizada que a nivel mundial parece ser el más frecuente de todos, el trastorno de pánico con y sin agorafobia y el trastorno mixto ansioso y depresivo, el trastorno por estrés postraumático y el adaptativo.

El trastorno de pánico es el diagnóstico principal solo en ausencia de cualquiera de las fobias, para que este sea definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad al menos durante un mes. La *prevalencia* de este trastorno es 1.10% de la población total, de estos el 20% son casos severos que requieren de atención médica ambulatoria y solo el .19% de ellos requieren además hospitalización.

En el trastorno de ansiedad generalizada el afectado debe de tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes. La *prevalencia* de este trastorno es de .70% de la población total, 20% son casos severos y el 1.41% requieren hospitalización.

En el trastorno mixto ansioso depresivo están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero en ninguno de ellos predomina ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico.

El trastorno estrés postraumático, sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático que involucra un daño físico o factor psicológico o emocional estresante. La prevalencia es de .60%, el 15% son casos severos y solo el .53% requieren hospitalización.

El trastorno adaptativo se caracteriza por estado de malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y aparece en el periodo de adaptación a un cambio biográfico o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad. Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente. La prevalencia de este trastorno es de 2.10% de la población total y el 5% de estos casos son severos que requieren de atención médica ambulatoria.

Los trastornos de ansiedad comúnmente tienen co-morbilidad con trastornos depresivos o abuso de sustancias. Es indispensable manejar a los pacientes de forma diferente considerando la interculturalidad y ámbito social en el que se desenvuelva.

El tratamiento de los trastornos de ansiedad es multidisciplinario:

El farmacológico incluye antidepresivos, que tienen alta efectividad en el control de los síntomas, y como terapia coadyuvante de inicio se utilizan ansiolíticos por tiempos breves de 1 a 4 semanas, mientras el antidepresivo alcanza su máxima efectividad. El monitoreo de la eficacia y los efectos secundarios de los medicamentos se realizan a las 2 semanas de iniciado el tratamiento y posteriormente en las semanas 4, 6 y 12; posteriormente se hacen revisiones a intervalos de 8 a 12 semanas si se utiliza el medicamento por más de 1 año.

Se recomienda que el tratamiento psicoterapéutico cognitivo conductual incluya sesiones semanales de 1 a 2 horas durante 4 meses.

Auxiliares de diagnóstico

- ✓ Escalas clinimétricas
- ✓ Entrevistas diagnósticas
- ✓ Pruebas psicológicas
- ✓ Niveles séricos de medicamento específico

La Asociación Americana de Psiquiatría tiene un sistema de clasificación para conocer mejor los diagnósticos psiquiátricos y los síntomas asociados:

<p>Trastorno por ansiedad</p>	<p>Trastorno por estrés Trastorno obsesivo compulsivo Ansiedad con otros trastornos psiquiátricos Ansiedad asociada con fármacos Fobias Trastornos de pánico</p>
--------------------------------------	--

Fuente: CAUSES, 2010

II.5. Ansiedad Estado-Rasgo

La Ansiedad Estado se refiere a un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, caracterizada por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprehensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar de intensidad (Spielberger, Goursh, y Lushene, 1982).

Por tanto la **ansiedad odontológica** se entiende como una Ansiedad Estado, pues la persona percibe la intervención odontológica de causarle dolor o daño, y ante tal percepción reacciona con activación autónoma-simpática intensa, ideas distorsionadas

acerca de las intervenciones, y comportamientos de huida o de evitación de las mismas (Flores, Villamil, Polo Polo, Cortéz y Reyes, 1992).

La ansiedad ante el tratamiento odontológico, llamada también **fobia dental**, **ansiedad dental** u **odontofobia** (Rowe, 2005), está considerada en la categoría de fobias específicas y por extensión, se consideran los mismos criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV para esta categoría.

Ansiedad Rasgo-Estado: En psicología se denominan rasgos a las tendencias estables y consistentes de comportamiento. Con ello quiere decir que un individuo que tiene tal rasgo, tiende a comportarse de manera similar en diferentes momentos (estabilidad) y en diversas situaciones (consistencia).

El individuo con elevada ansiedad rasgo tiende a reaccionar con altos niveles de ansiedad en diferentes momentos y situaciones. Aquel con baja ansiedad rasgo habitualmente se siente tranquilo en casi todo momento y en la mayor parte de las situaciones.

El estado hace referencia a la forma en que se encuentra una persona en un momento dado. Es el resultado de la interacción entre rasgo y situación, es decir, entre la predisposición basada en factores constitucionales, por un lado, y las características de la situación, por otro.

Ambos conceptos (rasgo y estado) son interdependientes, pues las personas con un elevado rasgo ansioso están más predispuestas a desarrollar estados de ansiedad cuando interactúan con los estímulos ansiógenos del entorno. Spielberg (1966) describía el estado de ansiedad como un estado emocional transitorio, que se caracterizaba por una percepción subjetiva de sentimientos de temor y una alta activación del sistema nervioso autónomo; esas situaciones percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, lo suscitarían. (Oblitas, 2004)

La mayoría de las personas que sufren de este problema refieren síntomas de ansiedad, sin embargo, se considera un trastorno cuando la intensidad de los síntomas alcanza un umbral suficiente para generar disfunción, son más frecuentes en las mujeres que en hombres.

II.6. MODELOS EXPLICATIVOS DEL USO DE SERVICIOS DE SALUD

Para mostrar cómo se agrupan e interactúan las diferentes variables o factores, para producir distintos patrones de uso de los servicios de salud, se han propuestos diversos modelos explicativos, los cuales son propuestas teóricas que tienen como propósito probar hipótesis de asociación o causalidad.

En la investigación de la salud sobre este tema, se han utilizado modelos que se diseñaron para explicar la utilización de servicios de salud en general, pero las variables que se van a estudiar se adaptaron en particular a los servicios de consulta dental.

A continuación se describirán los modelos teóricos que fueron tomados en cuenta para la realización de este estudio.

II.6.1. Modelo Integrado De Andersen

Modelo de Andersen (1978) Es un modelo que consiste en identificar cadenas de causalidad de acuerdo al orden de mediadores, mediadores de necesidad y necesidades de uso.

Las cadenas se establecen con el orden de factores predisponentes a mediadores, de mediadores a necesidad y de necesidad a uso; un requisito para ser considerado cadena de causalidad es que termine en uso (Tamez, Valle, Elben, Shutz, Méndez, 2004).

Andersen (1980; citado por Lara Flores, 2002) plantea uno de los primeros modelos integrados que se desarrolló para mostrar la relación entre los diversos factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud, en este se agrupan tres tipos de variables independientes que actúan influyendo en la conducta de la utilización de cualquier servicio de salud, y es el resultado de la interacción de tres factores principales:

- a) Predisponentes son aquellos factores que están presentes antes de un proceso patológico y que son inherentes a la persona y que son inmutables por cambio en las políticas de salud;
- b) Mediadores facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios de salud y que son suceptibles mediante políticas de salud.
- c) De necesidad se expresa a través de la percepción y gravedad de los síntomas de enfermedad (Taméz et al, 2004).

El modelo descrito nos sirve para comprender la hipótesis acerca de las posibles relaciones entre los factores psicológicos, y la utilización de los servicios uso de la atención dental.

II.6.2. Modelo Psicosocial De Rosentock

Es un desarrollo teórico de los modelos de la cognición social llevado al campo de la salud y la enfermedad, desarrollado por Rosentock en 1974.

Teoría racional de las creencias de salud (Álvarez 2002)

El modelo se desarrollo a partir de trabajos realizados en la salud pública de Estados Unidos de América, con el fin de estudiar el comportamiento de las personas respecto a las acciones de prevención recomendadas por los médicos.

Considera de suma importancia la lectura subjetiva que las personas hacen del contexto.

II.6.3. Modelo Del Procesamiento Perceptual-Motor De Las Emociones De Leventhal (1980).

El modelo de los sistemas autorregulatorios de Howard Leventhal (1980) se desarrolló a principios de la década de los 80's como un intento de superar la dificultad con que se topaban las diferentes investigaciones en el campo de la salud y la enfermedad al basarse en el modelo de creencias de salud, en la teoría de acción razonada y algunos otros de corte conductista (Álvarez 2002).

- Intentaba explicar como las personas desarrollan mecanismos para la construcción de las emociones a través de sus experiencias en el desarrollo, y cómo estos mecanismos servían para construir esquemas emocionales de memoria.

- Intenta explicarnos la forma en que las personas están inmersas en un proceso autorregulador para adaptarse ante situaciones de enfermedad.

- Manejo cognoscitivo y manejo emocional involucrados en la percepción de la enfermedad.

- Otro factor es la autoestima (opinión de sí mismo)

- Otro factor experiencia de los síntomas.

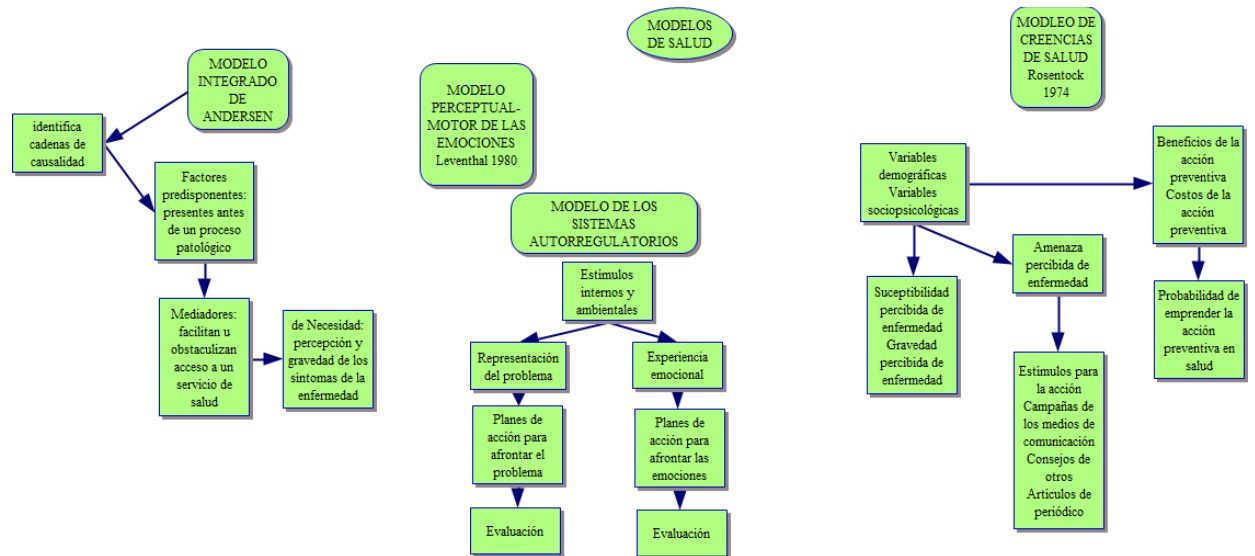
Observó la relación entre factores: miedo, información, autoestima y autorregulación;

Hay una explicación no sólo fisiológica, sino como combinación de elementos cognoscitivos y emocionales

Leventhal se sirve del **modelo de los sistemas autorregulatorios** para explicar la conducta de las personas y sus aspectos de la salud y la enfermedad, en un proceso de evaluación de su estado presente a través de la retroalimentación intenta explicarnos como las personas están en un proceso autorregulador que les permite la adaptación a corto y largo plazos ante situaciones de enfermedad.

Leventhal, explica que una misma persona puede percibir la misma enfermedad de diferentes formas en diferentes tiempos, y por tanto actuar ante ella de diferente manera.

ESQUEMA DE LOS TRES MODELOS EXPLICATIVOS DE SALUD



Fuente: (Álvarez 2002)

II.7. Intervención del odontólogo ante la ansiedad en el tratamiento odontológico.

Hace mucho tiempo , los que ejercían la odontología trataban solo los síntomas dentales, y de hasta la fecha muchos odontólogos siguen tratando a los pacientes como si sus dientes y cavidad oral no tuvieran relación con su organismo, no ven al paciente como un todo. Recordemos el modelo biopsicosocial, que define la OMS. La OMS define a la salud como un completo bienestar físico, mental y social, lo que significa que la cavidad oral es parte de un organismo que debe funcionar adecuadamente en todas sus partes interesándose por la persona en su totalidad. De aquí que la odontología debe apoyarse en una disciplina como la psicología para comprender a la persona. Muchas escuelas de odontología además de enseñar la técnica y la clínica, muy importantes en la formación del odontólogo, incluyen en sus programas de licenciatura cursos de psicología, y psicología aplicada a la odontología.

La psicología es una ciencia muy amplia, y que al igual como la odontología sus programas de licenciatura son muy completos, sin embargo sin duda el odontólogo no puede prescindir de conocimientos básicos de la conducta humana, porque estamos tratando con pacientes quienes enfrentan ansiedad, estrés, miedo, y que aunque las técnicas y manejo clínico de los procedimientos sean los adecuados, el comportamiento del paciente influye sobre éstos, lo que pone en riesgo su tratamiento. Además, es importante recordar que algunos problemas de la cavidad oral son de origen psicosomático.

En la práctica odontológica es muy común que se presenten pacientes con problemas derivados de patrones conductuales; de tal manera que una buena relación odontólogo-paciente puede reducir conflictos o problemas en la consulta dental y modificar la intensidad de las reacciones emocionales de ellos, e incluso evitar complicaciones en los tratamientos. Los pacientes con trastornos emocionales y hasta los que presentan trastornos mentales mas graves pueden ser tratados de un modo comprensivo y seguro.

Los problemas de la conducta y psiquiátricos de los pacientes prolongan la duración de los tratamientos dentales, dificultan la realización de éstos y tienen un impacto negativo sobre el pronóstico y resultado final.

La relación odontólogo-paciente puede verse influenciada por la capacidad del dentista de afrontar la reacción del paciente con su problema médico y dental.

Las conductas más frecuentes son: miedo, frustración e ira, apatía, exageración de los síntomas, actitud defensiva, hipersensibilidad, poca tolerancia, falta de atención, nerviosismo y sudoración, entre otros.

La comunicación con los pacientes no siempre es fácil, y si el paciente presenta algún problema de conducta dificilmente coopera con el odontólogo y generalmente muestran poco interés al tratamiento y por lo tanto acuden sólo en caso de dolor, además de que tienden a cambiar constantemente de odontólogo. Por lo que es muy importante la confianza que debemos de crear, tener un ambiente agradable para lograr que los

pacientes se sientan en un lugar confortable y muy buena comunicación con los pacientes, ya que beneficiará el ambiente al darle tranquilidad. También hay que ser breves, y eficientes en los tratamientos de los pacientes, especialmente con los ansiosos; la comunicación verbal y no verbal debe coincidir en todo momento y evitar los conflictos que pudieran surgir entre el odontólogo y el paciente, y solucionarlos eficazmente si éstos se presentaran.

Implementar adecuados protocolos de manejo de la ansiedad que incluyen: tratos cordiales por parte del odontólogo, tiempos operatorios adecuados a cada cita, en ocasiones citas cortas, utilizar anestesia eficaz y profunda, y en ocasiones cuando lo amerite anestesia con sedación consciente o en casos extremos y justificados anestesia general.

Es necesario e importante reconocer la magnitud de los trastornos de ansiedad y sus repercusiones en un tratamiento dental, por lo que es necesario informar y educar a los profesionales de la salud, para tratar con la suficiente preparación a un paciente con trastornos de conducta.

Recordando lo que mencionaba Cinotti en su obra acerca de que el odontólogo más eficiente es aquel que trata a la persona en su totalidad, resulta de suma importancia que el dentista no solo requiera de habilidades y conocimientos técnicos, sino también de saber tratar a las demás personas: pacientes, colegas, asistentes, higienistas y personal de salud con el que trate.

CAPÍTULO III

MÉTODO Y DISEÑO

III.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Estudio no experimental, transversal, comparativo, analítico y correlacional.

En este tipo de investigación según Hernández Sampieri y cols. (2010) mencionan que es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos, son estudios que se realizan sin manipular deliberadamente las variables.

Lo que se realizó fue observar fenómenos tal y como se dieron en su contexto de hecho, no hubo condiciones o estímulos a los cuáles se vayan a exponer los sujetos de estudio. Los sujetos se observaron en su ambiente natural.

Se aplicó con un diseño **transeccional o transversal**, se recolectaron los datos en un solo momento, en un tiempo único.

Analítico, ya que el propósito fue analizar la asociación de la variable ansiedad que se generó ante un tratamiento odontológico, nivel de escolaridad, la profesión y la ocupación. **Comparativo** para analizar la diferencia de proporciones de la variable género (masculino, femenino). De diseño **correlacional**, para relacionar la ansiedad con los grupos de edad.

III.2. UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Pacientes que acudieron a consulta dental en la FOUANL de ambos sexos de entre 15 y 64 años de edad, divididos en grupos quinquenales (según el INEGI) para recibir cualquier tipo de tratamiento dental en la Clínica de Odontología Integral y Operatoria dental IV.

III.3. POBLACIÓN

Conjunto de todos los posibles elementos que intervienen en el estudio.

Fue una población infinita ya que no teníamos el número exacto de nuestra población de pacientes que iban a recibir algún Tratamiento Odontológico en la Facultad de Odontología de la U.A.N.L. Teniendo en cuenta que en la Facultad no se tienen registros estadísticos exactos de los pacientes que acuden a realizarse tratamientos odontológicos varios.

Cabe mencionar que nuestra población fue la Facultad de Odontología, la cual inició sus actividades en el año de 1943, actualmente cuenta con 2772 alumnos inscritos en el programa de licenciatura y de 87 alumnos inscritos en los distintos postgrados. La licenciatura consta de 10 semestres. Las clínicas de pregrado son las siguientes:

Clínicas de pregrado

- Una clínica de Rayos X
- Tres clínicas de Operatoria Dental
- Una clínica de Odontología Integral
- Una clínica de Prótesis Total
- Una clínica de Admisión y Diagnóstico
- Una clínica de Exodoncia
- Una clínica de Cirugía Oral
- Una clínica de Patología Oral
- Una clínica de Odontopediatría
- Una clínica de Endodoncia
- Una clínica de Periodoncia
- Una Clínica de Coronas y Puentes
- Una Clínica de Preventiva

Clínicas de Postgrado:

- Clínica de Odontología Restauradora
- Clínica de Periodoncia
- Clínica de Endodoncia
- Clínica de Odontología Avanzada
- Clínica de Ortodoncia

De éstas clínicas elegimos la clínica de Operatoria Dental IV y Odontología Integral, ya que en éstas los alumnos tienen cierta experiencia para realizar los tratamientos seleccionados; los cuáles sirvieron para que los pacientes contestaran las preguntas relacionadas con la situación dental que nuestro instrumento incluyó.

La Facultad de Odontología atiende a la comunidad, brindando los servicios de admisión y diagnóstico, patología oral, radiología oral, operatoria dental, prótesis total, prótesis parcial removible, prótesis de coronas y puentes, odontopediatría, ortodoncia, periodoncia, endodoncia, exodoncia y cirugía siendo éstas actividades realizadas por el alumno supervisadas por un maestro y un pasante; por turnos y horarios de lunes a viernes de 8:00 am a 7:00 pm.

III.4. TEMPORALIDAD

El proyecto se empezó el mes de Junio del 2011 para concluirse en el mes de Mayo del 2012.

III.5. CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes masculinos y femeninos (subsecuentes) que acudieron a las clínicas de pregrado (Operatoria Dental IV y Odontología Integral) a recibir tratamiento odontológico y que aceptaron participar en nuestro estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que acudieron a recibir consulta de primera vez en las clínicas ya mencionadas y pacientes de Posgrado.

Maestros y empleados de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes sin expediente clínico.

III.6. ESTADISTICO

III.6.1 TAMAÑO MUESTRAL

Cálculo muestral para poblaciones infinitas en base a la asistencia de pacientes que solicitaron algún servicio que se ofrece en las clínicas de la Facultad de Odontología UANL., específicamente los que acudieron a la Clínica de Odontología Integral y de Operatoria dental IV.

La n se obtuvo según la fórmula:

Para estimar el tamaño de muestra necesario para realizar la encuesta epidemiológica se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = z^2 pq / B^2 \quad n = (1.96)^2 (0.5) (0.5) / (0.05)^2 = (3.84) (0.25) / (0.0025) = 0.96 / 0.0025 = 384$$

(Mínimo a estudiar, pero consideramos agregar un 10% de margen de no respuesta, quedando un total de **423**, éste 10% no se completó por cuestiones de tiempo)

Donde n = Tamaño de la muestra,

z = valor de z para un nivel de confianza dado: 1.96 para el 95% de confianza

p = Frecuencia esperada del factor a estudiar

$q = 1 - p$

complemento de p , ó frecuencia relativa de individuos del género femenino

B = Precisión o error admitido, nivel de confianza.

Si se refiere al género:

p = probabilidad de seleccionar a un paciente y pertenezca al género masculino

Fórmula matemática para calcular el tamaño de la muestra para Diferencia de proporción de dos poblaciones:

$$n = Z^2 [(P_1 Q_1) + (P_0 Q_0)] / d^2$$

$$n = 1.96^2 [(0.10 \times .90) + (0.20 \times 0.80)] / 0.05^2 = 0.96 / 0.0025$$

$$n = 3.84 [0.09 + 0.16] / 0.0025 = 0.96 / 0.0025$$

$$n = 384$$

$$z = 1.96$$

Intervalo confianza (IC) de 0.05

III.6.2. MARCO MUESTRAL

Marco de referencia que nos permitió identificar físicamente los elementos de la población, la posibilidad de enumerarlos y de proceder a la selección de los elementos muestrales (los casos de la muestra). Pacientes mayores de 15 años, divididos en grupos quinquenales que acudieron a servicio dental que se ofrece en la clínica de Odontología Integral y Operatoria dental IV de la Facultad de Odontología UANL.

III.6.3 TIPO DE MUESTREO

Los pacientes fueron elegidos bajo un método probabilístico de aleatoriedad, por cuota y estratificado (los pacientes fueron a un mismo lugar, de ciertas edades y que acudieron en ciertos horarios) que recibieron tratamiento odontológico; hasta que se conformó la parte correspondiente a la clínica de 384 pacientes.

TAMAÑO MUESTRAL

384 pacientes

III.6.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento de Escala de Ansiedad y Cuestionarios

INSTRUMENTO:

Escala de ansiedad versión corta:

SDAI (Scale Dental Anxiety Index) Instrumento de autorreporte desarrollado por Stouthard M, Goen y Mellenbergh 1995. Es un instrumento autoadministrado, los datos se proporciona directamente a los mismos sujetos, quienes lo contestan. No hay intermediarios y las respuestas las marcan ellos.

Descripción.- Consta de 9 ítems tipo Lickert, Los rangos de respuesta fueron de 1 a 5 (nunca, pocas veces, algunas veces, muy frecuentemente y siempre) con un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.957 en su versión original. Se evaluó en una Escala de Likert. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios referentes a la consulta dental ,ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presentó cada afirmación y se le pidió a cada sujeto que externara su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones.

Este instrumento evalúa el nivel de ansiedad del paciente.

Las puntuaciones obtenidas se encuentran entre 0 y 45 puntos:

Sin ansiedad de 0 a 10 puntos

Levemente ansioso 11 a 19 puntos

Moderadamente ansioso 20 a 27 puntos

Extremadamente ansioso 28 a 45 puntos

Nuestro instrumento también fue el mismo que utilizaron Stouthard M, Goen y Mellenbergh en 1995 de 9 ítems, el cual tuvo una confiabilidad con un alfa de Cronbach de .876 para los 9 ítems.

CUESTIONARIOS

En los cuestionario se les pidió a los pacientes el nombre y apellidos (solo como identificación), la edad y su fecha de nacimiento, el género, grado de escolaridad, su profesión y/o ocupación, clínica en que se atendió y que tratamiento se le realizó; variables que se analizaron con la ansiedad. Previa autorización del paciente.

III.6.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

El tratamiento estadístico de esta matriz numérica se realizó utilizando el paquete de programas estadístico IBM SSPS Statistics19.0.

Se realizó un análisis descriptivo del trabajo, a partir de la construcción de distribuciones de frecuencias para los resultados en cada ítem y para algunas de las variables, a las que se unieron el cálculo de medidas de tendencia central (media, moda y mediana).

Para comprobar si existió correlación entre el nivel de ansiedad y los diferentes grupos de edad, se realizó una **correlación** de coeficiente r de Pearson (la cual puede variar de -1 coeficiente negativa perfecta a +1.0000 correlación positiva perfecta (H1). El **coeficiente de Pearson**, prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón.

Con la **prueba de chi cuadrada** se evaluó la hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas: ansiedad con escolaridad, se calculó por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, en un cuadro de dos dimensiones, y cada dimensión contiene una variable. A su vez, cada variable se subdividió en dos o más categorías.

Con la prueba de **diferencia de proporciones** se analizaron si las dos proporciones o porcentajes de él grupo género difirieron significativamente entre sí.

III.6.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES

- ✓ VARIABLE DEPENDIENTE: ansiedad
- ✓ VARIABLE INDEPENDIENTE: tratamiento odontológico (clínica)
- ✓ VARIABLE DE CONTROL: edad, género, escolaridad, ocupación.

VARIABLE DEPENDIENTE Y VARIABLE INDEPENDIENTE

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEM O PREGUNTA	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTOS	RANGO DE EVALUACIÓN
ANSIEDAD	ESTADO DE INQUIETUD DEL ÁNIMO	AQUÍ ANSIEDAD SE DEFINE COMO LOS SIGNOS DE ANSIEDAD PRESENTADOS POR EL PACIENTE AL ACUDIR A RECIBIR UN TRATAMIENTO DENTAL	1.SENTARSE EN EL SILLON DENTAL SIN TRATARSE	CONSTA DE 9 ÍTEMS QUE EVALÚAN LAS SITUACIONES RELATIVAS AL TRATAMIENT O ODONTOLÓGI CO EN QUE EL PACIENTE PRESENTA ANSIEDAD. VER ANEXO 1.	CATEGÓRICA ORDINAL	ESCALA DE ANSIEDAD VERSIÓN CORTA:	ESCALA DE LIKERT DE 5 PUNTOS.
						SDAI	✓ SIEMPRE
						INSTRUMENTO DE AUTORREPORTE DESARROLLADO POR Stouthard,Goen y Mellenbergh 1995.	✓ MUY FRECUEN TEMENTE
						CONSTA DE 9 ÍTEMS CON UN ALFA DE CRONBACH DE 0.957	✓ ALGUNAS VECES
							✓ POCAS VECES
							✓ NUNCA
						(PARA COMPARAR GRADOS DE INTENSIDAD)	

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL ¿COMO LAS VOY A MEDIR? ¿QUÉ VOY A PREGUNTAR?	INDICADORES	ITEM O PREGUNTA	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	RANGO DE EVALUACIÓN
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	PROCEDIMIENTO PARA DEVOLVER LA FUNCIÓN DIENTES, ENCÍA Y LAS ESTRUCTURAS DE LA BOCA.	MIDIENDO EL NIVEL DE SALUD ORAL A TRAVÉS DE LOS INDICES EPIDEMIOLÓGICOS. EN ESTE CASO: ÍNDICE DE KNUTSON	TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	¿QUÉ TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO NECESITA?	CATEGÓRICA: NOMINAL	CUESTIONARIO	1. OBTURACIÓN 2. PROFILACTICO 3. EXTRACCION 4. REHABILITACION 5. ENDODONCIA 6. PERIODONCIA

VARIABLES DE CONTROL							
EDAD	TIEMPO QUE HA VIVIDO UN SER VIVO	CUANTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE	EDAD	¿CUÁL ES SU FECHA DE NACIMIENTO?	NUMÉRICA NO CATEGÓRICA : DISCRETA	CUESTIONARIO	1. 15 A 19 años 2. 20 A 24 años 3. 25 A 29 años 4. 30 A 34 años 5. 35 A 39 años 6. 40 A 44 años 7. 45 A 49 años 8. 50 A 54 años 9. 55 A 60 años 10. 60 A 64 años
GÉNERO	ORIGINALMENTE SE REFIERE NADA MÁS QUE A LA DIVISIÓN DEL GÉNERO HUMANO EN DOS GRUPOS: MUJER U HOMBRE	SI ES HOMBRE SE DESIGNA EL NÚMERO 1. SI ES MUJER SE DESIGNA EL NÚMERO 2.	GÉNERO	¿FEMENINO O MASCULINO?	CATEGÓRICA : NOMINAL	CUESTIONARIO	1. MASCULINO 2. FEMENINO
OCUPACIÓN	ACTIVIDAD QUE DESARROLLA EL INDIVIDUO DENTRO DE UNA SOCIEDAD	SE IDENTIFICARÁ POR MEDIO DE UN CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN	OCUPACIÓN	MARCAR ON UNA CRUZ LA ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA	ORDINAL	CUESTIONARIO	DESEMPLEADO OBREO EMPLEADO EMPRESARIO PROFESIONISTA ESTUDIANTE AMA DE CASA OTRA SIN ESTUDIOS
ESCOLARIDAD	NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADOS POR EL INDIVIDUO	SE IDENTIFICARÁN OR MEDIO DE UN CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN	ESCOLARIDAD	MARQUE CON UNA CRUZ EL NIVEL DE ESCOLARIDAD	ORDINAL	CUESTIONARIO	SIN ESTUDIOS PRIMARIA SECUNDARIA TÉCNICA PROFESIONAL MAESTRÍA DOCTORADO

III.6.7. PROCEDIMIENTO

Se seleccionaron los pacientes que acudieron a recibir tratamiento dental en la facultad de Odontología de la U.A.N.L. cualquiera que fuera el tratamiento, se les realizó un cuestionario en la sala de espera y/o en el sillón dental de la clínica de odontología integral y la clínica de operatoria dental IV, antes de iniciar su tratamiento para recolectar datos (nombre, edad, género, nivel de escolaridad y ocupación) y se les realizó una Encuesta de Ansiedad Dental antes de iniciar el tratamiento, previo consentimiento informado u autorización para participar en el estudio. Posteriormente se capturaron los datos en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), y se realizó su análisis estadístico.

Esto se realizó por personal capacitado y especializado para hacer dichas entrevistas y encuestas, estos a su vez, solicitaron la firma en el consentimiento informado.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

La confiabilidad de los ítems del instrumento utilizado para esta investigación tuvo una confiabilidad con un alfa de Cronbach de .876 para los 9 ítems, tomando en cuenta lo que tienen que ver con las situaciones que el paciente experimenta cuando acude a recibir tratamiento odontológico.

**Tabla No.1.Resumen de los casos
procesados**

	N	%
Casos Válidos	372	96.9
Excluidos	12	3.1
Total	384	100.0

Confiabilidad estadística

Cronbach's Alpha	Alfa de Cronbach basada en los ítems estandarizados	No. de ítems
.876	.886	9

A continuación se presentan los resultados según la escala SDAI en los que se identificó que de los 384 pacientes que recibieron tratamiento odontológico del género femenino fueron 66.7% (256) mujeres y el 33.3% (128) restante hombres.

Con un rango de edad de entre 15 y 64 años de edad y un promedio de edad de 35.5 años, siendo la mediana de 30 años y la moda de 22 años.

Las mujeres mostraron niveles de ansiedad en un 53.4% (205) contra un 24.7% (95) del masculino. Los pacientes que no mostraron ansiedad en ningún nivel para el género femenino fue el 13.3% (51) y para el género masculino que no mostraron ansiedad fue el 8.6% (33) como se muestra en la tabla No.2

Lo que significa que según la prueba de diferencia de proporciones para dos poblaciones a un α de 0.05 la proporción de ansiedad es significativamente mayor para el género femenino ($p=0.3859$) y ($z=-0.295$).

Por lo tanto se rechaza hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla No.2 Porcentaje de pacientes con ansiedad y sin ansiedad

ANSIEDAD		Género		Total (%)
		Masculino	Femenino	
Con Ansiedad	Conteo de pacientes	95	205	300
		-	-	-
	Porcentaje	24.7	53.4	78.1
Sin Ansiedad	Conteo de pacientes	33	51	84
	-	-	-	-
	Porcentaje	8.6	13.3	21.9
Total	Conteo	128	256	384
	-	-	-	-
	Porcentaje	33.3	66.7	100.0

Fuente: Escala SDAI N=384

Se identificó que de los 384 pacientes, la mayoría de ellos se ubico en el nivel de ansiedad: levemente ansiosos y la minoría lo hizo en el nivel de extremadamente ansioso.

El género masculino no presentó ansiedad en un 33.3% (33), los levemente ansiosos en un 35.5% (75), moderadamente ansiosos fueron 23.5% (12) y los extremadamente ansiosos en un 21.1% (8).

Las mujeres no presentaron ansiedad en un 60.7% (51), las levemente ansiosas en un 64.5% (136), moderadamente ansiosas fueron 76.55% (39) y extremadamente ansiosas fueron 78.9% (30)), como se aprecia en la tabla No. 3.

Tabla No.3 Frecuencias de los pacientes en relación al género que son extremadamente, moderadamente y levemente ansiosos y los que no presentan ningún nivel de ansiedad.

Género		Ansiedad				Total
		Extremadamente Ansioso	Moderadamente Ansioso	Levemente Ansioso	Sin Ansiedad	
Masculino	Conteo de pacientes	8	12	75	33	128
	Porcentaje (%) Ansiedad	21.1	23.5	35.5	39.3	33.3
Femenino	Conteo de pacientes	30	39	136	51	256
	Porcentaje (%) Ansiedad	78.9	76.5	64.5	60.7	66.7
Total	Conteo de pacientes	38	51	211	84	384
	Porcentaje (%) Ansiedad	100	100	100	100	100

Fuente: Escala SDAI N= 384

A continuación los resultados nos indican que las dos variables de ansiedad y edad varían en forma conjunta, donde la correlación es de -0.201 y es significativa en el nivel del 0.000 (menor del 0.01) por lo que se da una correlación negativa débil, como se observa en la tabla No. 4 y la gráfica No.1.

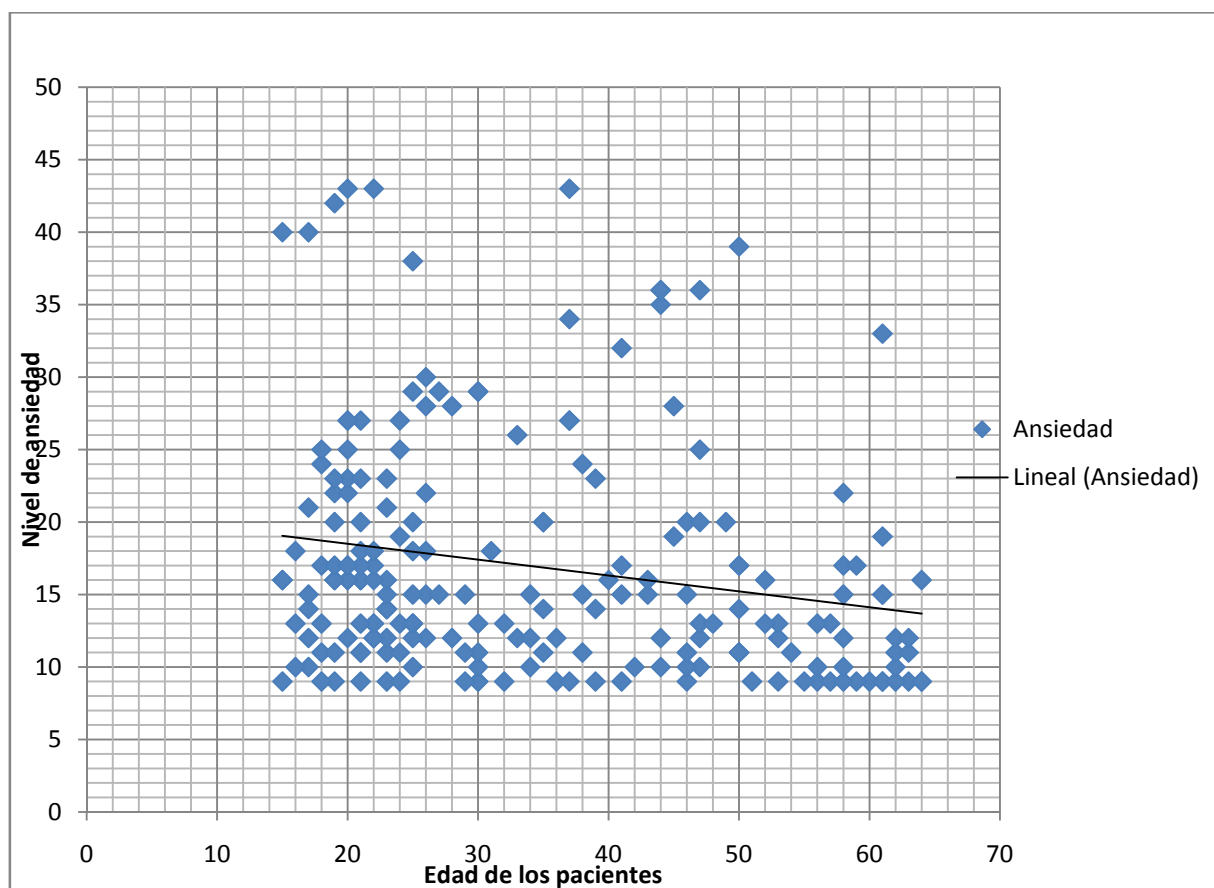
Por lo tanto se rechaza hipótesis nula y se acepta hipótesis alterna.

Lo que significa que a mayor edad menor nivel de ansiedad de los pacientes ante un tratamiento odontológico.

TABLA No.4 Correlación entre el nivel de ansiedad y la edad de los pacientes

Análisis Correlacional entre la edad y ansiedad			
		Edad	Ansiedad
Edad	Correlación de Perason	1	-.201**
	Sig. (bilateral)	-	.000
	N	384	384
Ansiedad	Correlación de Pearson	-.201**	1
	Sig. (bilateral)	.000	-
	N	384	384
**. La correlación es significativa al nivel de 0.01.			

Gráfica No.1 Correlación entre el nivel de ansiedad y la edad de los pacientes.



Por otra parte, en la tabla No.5 se observa que del total de pacientes profesionistas un 15.6% presento ansiedad y sin ansiedad un 5.2%; contra los no profesionistas que fueron 62.5% que presentaron ansiedad y sin ansiedad un 16.7% de un total de un 100%. Lo que significa que un 78.1% de los pacientes presentó ansiedad en cualquier nivel y un 21.9% no tuvo ansiedad en ningún nivel. Lo que nos indica que la ansiedad se presenta en cualquier nivel de escolaridad.

Se presenta el análisis de asociación entre el nivel de ansiedad y la escolaridad de los pacientes demostrando que a una confiabilidad del 90% no existe una asociación estadísticamente significativa entre la variable ansiedad y el nivel de escolaridad con un valor de $\chi^2 = 0.577$ y con un nivel de significancia de $p=0.447$

Se rechaza hipótesis alterna y se acepta hipótesis nula.

Tabla No. 5 Asociación entre ansiedad y el nivel de escolaridad

ANSIEDAD		Escolaridad		Total (%)
		No profesionistas	Profesionistas	
Con ansiedad	Conteo	240	60	300
	-	-	-	-
	Porcentaje (%)	62.5	15.6	78.1
Sin ansiedad	Conteo	64	20	84
	-	-	-	-
	Porcentaje (%)	16.7	5.2	21.9
Total	Conteo	304	80	384
	-	-	-	-
	Porcentaje (%)	79.2	20.8	100.0

Fuente: Escala SDAI N=384

Tabla No.6 Prueba de chi cuadrada					
	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)	Sig. Exact (bilateral)	Sig. Exact. (unilateral)
Chi-cuadrada de Pearson	0.577 ^a	1	0.447	-	-
Corrección por continuidad	0.370	1	0.543	-	-
Likelihood Ratio	0.564	1	0.453	-	-
Prueba exacta de Fisher	-	-	-	0.450	0.268
Asociación lineal	0.576	1	0.448	-	-
Número de casos válidos	384	-	-	-	-

Fuente: Escala SDAI N=384

Además se observa en la Tabla No.6 que de los pacientes que acudieron a consulta dental el 35.4% habían concluido sus estudios de preparatoria y el 20.1% habían concluido sus estudios profesionales, lo que representa que la mayoría (55.5% %) de los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología son profesionistas y estudiantes.

Tabla No.7 Porcentaje y frecuencia de nivel de escolaridad con la ansiedad							
			Ansiedad				Total
			Extremadamente Ansioso	Levemente Ansioso	Moderadamente Ansioso	Sin Ansiedad	
Escolaridad	Sin estudios	Conteo	0	5	3	2	10
		%	.0%	2.4%	5.9%	2.4%	2.6%
	Primaria	Conteo	2	18	5	13	38
		%	5.3%	8.5%	9.8%	15.5%	9.9%
	Secundaria	Conteo	6	32	10	18	66
		%	15.8%	15.2%	19.6%	21.4%	17.2%
	Técnica	Conteo	8	35	3	8	54
		%	21.1%	16.6%	5.9%	9.5%	14.1%
	Preparatoria	Conteo	10	80	23	23	136
		%	26.3%	37.9%	45.1%	27.4%	35.4%
	Profesional	Conteo	11	39	7	20	77
		%	28.9%	18.5%	13.7%	23.8%	20.1%
	Maestría	Conteo	1	2	0	0	3
		%	2.6%	.9%	.0%	.0%	.8%
Total		Conteo	38	211	51	84	384
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

A una confiabilidad del 90% no existe dependencia estadísticamente significativa entre las variables ansiedad y ocupación con un valor de $\chi^2 = 13.76$ y con un nivel de significancia de $p = 0.744$.

A una confiabilidad del 90% no existe dependencia estadísticamente significativa entre el tratamiento odontológico y el nivel de ansiedad con valor de $\chi^2 = 23.057$ y con un nivel de significancia de $p = 0.083$.

A una confiabilidad del 90% no existe dependencia estadísticamente significativa entre la clínica y el nivel de ansiedad con valor de $\chi^2 = 11.50$ con un nivel de significancia $p = 0.074$.

DISCUSIONES

Los resultados de nuestra investigación nos permiten determinar las características de ansiedad ante el tratamiento odontológico de una población de pacientes adultos mexicanos en la ciudad de Monterrey, Nuevo León. Una población que no ha sido estudiada a profundidad en lo que se refiere a la psicología aplicada a la odontología.

La muestra de pacientes se comporto de manera similar en las dos clínicas de pregrado (operatoria dental IV y odontología integral) a las que consulto en relación a los cuatro niveles de ansiedad, establecidos en las escala SDAI aplicada, como se demuestra en las respuestas a los nueve ítems, según el cuestionario SDAI el 13.3% y 9.9% presentó niveles de ansiedad entre moderado y extremadamente ansioso respectivamente, muy por debajo de lo reportado por Caycedo y cols.(2008) en Colombia en un 51%, muy contrastante con los estudios de Kirova y cols.(2010) de una población de Bulgaria con un 29.9% de pacientes con ansiedad dental alta y severa tal vez más alto que algunos países europeos y de América del Norte., cercano a la población en Turquía (Firat y cols.,2006) con 21.3%, muy lejos de lo reportado en la población cubana con 10.5% como lo reportan Álvarez y Casanova (2006).

Vinaccia y cols.(1998) mencionan en sus estudios que entre el 10 y 15% experimenta ansiedad al acudir al dentista. Nuestros resultados están muy lejanos a éstos porcentajes, ya que nuestra muestra de pacientes en ambos géneros mostró niveles de ansiedad (leve, moderada o extrema) en un 78.1% contra un 21.9% que no mostro niveles de ansiedad, lo que equivale a que más de la mitad de la esta población no muestra una ansiedad considerable ante los tratamientos odontológicos con un 54.9% de ansiedad leve y un 21.9% sin ansiedad.

Kirova y cols. (2010) en una población búlgara utilizando misma escala de ansiedad, mostraron resultados similares a los nuestros(77%) con 70.1% de pacientes sin ansiedad o leve ansiedad. Al ser su estudio el primero y el de nosotros también coincidimos en que es necesario realizar más estudios para descubrir más factores y/o variables relacionados con la ansiedad odontológica.

Como los hallazgos de Humphris, King (2010) donde de 1024 sujetos el porcentaje fue de 11.2% con una prevalencia significativa de HDA (High Dental Anxiety) ansiedad dental alta, parecido a lo que nosotros encontramos con una ansiedad extrema en un 9.9% según la escala de ansiedad versión corta para ambos géneros, lo que sugiere que es muy poco el porcentaje de individuos con ansiedad extrema.

Por otra parte los resultados de nuestro estudio con respecto a la relación entre ansiedad y variables como el género, no tienen asociación, como lo reporta Álvarez y Casanova sin diferencias significativas en el sexo de una población cubana, pero las frecuencias son muy parecida a nuestra población de estudio de un 100%, 64% fueron mujeres y el 36% hombres en la muestra cubana y la de nosotros de un 66.7% mujeres y 33.3% hombres.

Mostrando ansiedad en un 32,3% con moderada ansiedad y ansiedad extrema, como lo reportado por Álvarez y Casanova (2006), Fonseca y Pacini (2005) quienes encontraron mayores niveles de ansiedad en mujeres. Según Caycedo y cols. (2008) 34% de las mujeres reportó niveles de ansiedad entre moderados y severos, según el SDAI. En nuestro estudio los

hombres con un 23.5% de ansiedad moderada y 21.1% extrema fue reportado, parecido a lo reportado de Caycedo y cols. (2008) con un 16% de mismos niveles evaluados que los nuestros. Esto sugiere que las mujeres son las que más asisten a la consulta dental, y son éstas las que tienen más ansiedad que los hombres ante el tratamiento odontológico. Estos datos generan controversia, porque aunque son las mujeres las que más acuden a consulta, no hay una asociación entre estas variables por lo que será necesario estudiar otros factores.

Los resultados referentes a la ansiedad y la edad, nos permiten ver que existe una correlación estadísticamente significativa, en la que éstas variables varían en forma conjunta. Conforme la edad de los pacientes aumenta la ansiedad disminuye, contrario a lo reportado por Kirova y cols. (2010), pero como su estudio fue el primero en Bulgaria al igual que el nuestro será necesario investigar más esta relación. Álvarez y Casanova (2006) en su revisión de la literatura encontraron que la ansiedad aumenta con la edad sin diferencias significativas.

En la asociación entre las variables ansiedad con la escolaridad, no encontramos una dependencia estadísticamente significativa, sólo cabe destacar que los pacientes que acuden más a la consulta dental en nuestra población de estudio son estudiantes de profesional presentando mayores niveles de ansiedad que los que tienen menor escolaridad. Tampoco existe asociación con la ocupación de los pacientes, la clínica, el tratamiento odontológico. Como no encontramos estudios estadísticos relacionados con éstas variables, es de suma importancia reconocer que hay mucho por realizar investigaciones al respecto.

En nuestro estudio encontramos que nuestra población de pacientes son la mayoría son estudiantes de licenciatura y amas de casa, lo que nos lleva a pensar que tal vez esto sea un factor por que las mujeres, sean las que más acudan a consulta, puesto que la mayoría son estudiantes mujeres y las amas de casa tiene más disponibilidad de tiempo para atenderse. Esto sugiere de más estudios de otras población para poder ver diferencias y similitudes.

Observamos que de las causas más ansiógenas son el ver la jeringa dental, donde el 28.1% se ponen ansiosos muy frecuentemente y siempre, siendo éste ítem de la escala el que más causa ansiedad como lo reportado por Caycedo y cols (2008) dónde ésta causa fue en un 47.2%, como también reportaron ésta causa Erten y cols. (2007), en lo relativo a jeringas y agujas dentales. La causa que menos causó ansiedad en nuestro estudio fue que cuando van en “camino al consultorio la idea de estar sentado en el sillón los pone nervioso y sudan” con un 74.9%.

Tal vez todos estos resultados estén determinados por estos escalas que toman en cuenta éstos aspectos, por lo tanto será de gran relevancia el seguir evaluando a la población mexicana, utilizando otro tipo de escalas como lo es la Ansiedad Estado Rasgo, como las investigaciones desarrolladas por Livia y Manrique (2001) en las que utilizaron el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo en la atención odontológica, Sánchez y cols. (2004) en su estudio con niños antes de la consulta dental, Akarslan y cols.(2010) también utilizaron el instrumento Ansiedad Rasgo y la Escala de Ansiedad Dental, y su relación con la consulta dental.

Será de mucha utilidad el llevar a cabo otros estudios en los cuales se utilicen otras pruebas y variables diferentes para conocer mejor la conducta de los pacientes ante los tratamientos dentales y su poca o nula participación, así como conocer otros factores que participan en la consulta dental.

CAPÍTULO 5

5.1.CONCLUSIONES

- La mayoría de los pacientes que acuden a recibir tratamiento odontológico sea cual sea éste, presentan algún nivel de ansiedad, sin que ésta impida continuar el tratamiento.
- Se identificó en nuestro estudio que el género femenino presentó mayores niveles de ansiedad que el género masculino, lo que rechaza nuestra hipótesis de que los hombres son más ansiosos ante el tratamiento odontológico, aunque estadísticamente no existe asociación entre ambas variables. Será necesario realizar más estudios con estas variables y ver si existen rasgos de personalidad presentes que influyan.
- Se encontró que la edad de los pacientes si varía en forma conjunta con los niveles de ansiedad, pero siendo los jóvenes los que más acuden a consultar a la facultad, es necesario realizar más estudios en una población más homogénea.
- El nivel de ansiedad ante un tratamiento odontológico no está asociado con el nivel de escolaridad de los pacientes.
- El nivel de ansiedad ante un tratamiento odontológico no está asociado con la ocupación de los pacientes.

- El nivel de ansiedad ante un tratamiento odontológico no está asociado con el tipo de tratamiento que reciben los pacientes.
- El nivel de ansiedad ante un tratamiento odontológico no está asociado con la clínica en la que reciben los procedimientos los pacientes.
- La causa que más le genera ansiedad a los pacientes es la situación de que: “en el momento en que el dentista prepara la jeringa con anestesia cierran sus ojos fuertemente”, lo que nos sugiere poner más atención en el cuidado y uso de instrumentos delante del paciente. La causa que menos causó ansiedad fue la situación de que cuando van en “camino al consultorio la idea de estar sentado en el sillón los pone nerviosos y sudan”. Muchos estudios se han dedicado a identificar las causas que generan ansiedad y miedo, pero no son éstas las causas de la ansiedad dental, sino la personalidad de cada individuo ante una situación dada y no un solo factor, como muchos señalan.

5.2.RECOMENDACIONES

- Realizar estudios que puedan ayudar a otras investigaciones para comparar si existe una relación con los rasgos de personalidad del paciente que acude a consulta odontológica.
- Sugerimos aplicar el mismo estudio en una población de consulta privada y otras instituciones públicas de nuestra ciudad y país, para comparar las características, siguiendo los mismos criterios para evaluar variaciones y similitudes.
- El paciente odontológico debe de ser atendido y comprendido desde el punto de vista del modelo biopsicosocial que propone la Organización Mundial de la Salud.
- Los tratamientos odontológicos pueden ser apoyados por medicamentos para el control de la ansiedad, tratamiento psicológico o interconsulta por el especialista.
- La elaboración de una historia clínica completa y una actitud amable, serena y de escucha, facilitará el llevar a cabo un mejor tratamiento.

- Para disminuir la aparición de situaciones de ansiedad ya identificada por parte del odontólogo y cuando el paciente requiera de medicación para controlar su ansiedad será necesario la interconsulta con el médico especialista.
- En la consulta dental el paciente requiere de ser informado de ventajas y desventajas del tratamiento. Teniendo en cuenta que el primer nivel de atención: promoción de la salud, es fundamental para evitar tratamientos y consultas estresantes que le generen miedo y ansiedad al individuo.
- Continuar desde temprana edad y a nivel escolar con el fomento de programas de salud bucal preventivos e información sobre los tratamientos y especialidades odontológicas.
- Proponer a las instituciones formadoras de odontólogos que dentro de sus programas incluyan en su curricula una disciplina como lo es Psicología aplicada a la Odontología. Siendo ésta impartida por especialistas en el área, con temas psicológicos básicos, procesos biopsicosociales y su relación con la odontología; para que el odontólogo pueda conocer acerca de las conductas de los pacientes, lo cual facilitará la relación odontólogo-paciente.

REFERENCIAS

Aguilera F, Osorio R., Toledano M. (2002). Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. *Rev Andal Odontol Estomatol*. 12:21

Akarslan ZZ, Erten H, Uzun O, Iseri E, Topuz O (2010). Relationship between trait anxiety, dental anxiety and DMFT indexes of Turkish patients attending a dental school clinic. *East Mediterr Health Journal*. May;16(5):558-62.

Anderson, K. (1996). *Diccionario de medicina*. Barcelona, España. Oceano Grupo Editorial.

Armfield J. (2011). Australian population norms for the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C). *Australian Dental Journal*, Mar;56(1),16-22.

Bermúdez, J. Á. (2002). *Estudio de las creencias de Salud y Enfermedad, Análisis Psicosocial*. México, D.F.: Trillas.

Boman UW, Lundgren J, Bergreen U, Carlsson SG (2010). Psychosocial and dental factors in the Maintenance of severe dental fear. *Sweden Dental Journal*, 34(3):121-7.

Cabrero, B. G. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales*. México: El manual moderno.

Cantú Martínez Pedro C. (2010). *Evaluación Bioética de la Investigación en Salud*. 1era. Edición, 2 UANL, Mty. México.

Carballo J, (1997). Clasificación de trastornos de ansiedad en el paciente odontológico: una propuesta. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. Vol. LIV, No.4: 207-214.

Castrillón D, Barrero P. (2005). Validez estructural y confiabilidad del Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAIC) para la valoración de la Ansiedad en niños escolarizados

entre los 8 y 15 años de la ciudad de Medellín Colombia. *Suma Psicológica*, Vol. 12 No.1: 47-60.

CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD (CAUSES) 2010. México: Secretaría de Salud. Gobierno Federal

Caycedo C, Cortés O, Gama R, Rodríguez H, Colorado P, Caycedo M, Barahona G, Palencia R (2008). Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género, *Suma Psicológica*. Marzo; Vol15 (1):259-278

Crocombe LA, Broadbent JM, Thomson WM, Brennan DS, Slade GD, Poulton R. (2010). Dental visiting trajectory patterns and their antecedents. *Journal Public Health Dent*. Sept;28

Da Cunha W, Pires Correa MS, Alvarez JA (2007). Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah, *Rev Estomatol Herediana*. 17(7):22-24

Daniel, W. (2007). *Bioestadística. Base para el análisis de ciencias de la salud*. México: Editorial Limusa.

De Jongh A, van Wijk AJ, Lindeboom JA. (2011). Psychological impact of third molar surgery: a 1 – month prospective study. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, Jan;69(1): 59-65.

Derogatis, L. R. y Coons, H. L. (1993). Self-report measures of stress. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds). *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. (20 ed.). Nueva York: The Free Press, A Division of Macmillan.

Filewich R. (1988). *Tratamiento estomatológico del paciente agorafóbico*. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Vol. 4: 759-761 .

García M, Díaz R, Littman J, Santos J, Pérez E, Ocaña F. (2004). Efectos de la musicoterapia sobre la ansiedad generalizada durante la atención dental, en las mujeres embarazadas en el Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Perinatología. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. Vol. 6, No. 2: 59-64.

Gordon S, Slovin M, Krochak M. (1988). *Psicodinamia de la fobia y ansiedades dentales*. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Vol. 4: 680-681.

Hernández Sampieri Roberto. (2003). *Metodología de la investigación*. Tercera edición, Interamericana, México.

- Holt, R. R. (1993). Occupational stress. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. (20 ed.). Nueva York: The Free Press, A Division of Macmillan.
- Humphris G, King K. (2011). The prevalence of dental anxiety across previous distressing experiences. *Journal Anxiety Disord*, Mar;25(2):232-6.
- Kirova DG, Atanasov DT, Lalabonova CK, Jenevska S (2010). Dental anxiety en adults in Bulgaria, *Folia Med (Plovdiv)* Apr.Jun;52(2):49-56.
- Klepac R. (1988). *Tratamientos conductuales para la evitación dental en adultos*. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Vol. 4: 740-741.
- Landeró Hernández R. (2006). *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*. México: Trillas: UANL.
- Lara Flores N., López Cámara V. (2002). Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. *Revista ADM*. Vol.3:100-109.
- Leopoldo Chiappo Galli. (2007). *Psicología aplicada a la odontología*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Lima Álvarez M y Casanova Y (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico, *Humanidades Médicas*. Ene-Abr; Vol 6 No.16
- Lima Álvarez M, Rivero T, Pérez R (2007). Algunos factores de riesgo y fenómenos psicológicos relacionados con el estado de salud bucal, *Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay*. Dic;16
- Livia O, Manrique E (2001). Niveles de ansiedad, cogniciones dentales negativas y capacidad de control en la atención odontológica, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdiza*. Ene – Dic; Vol 2
- Loiz Morales, Jorge; Teijeiro Costa, Juan J; Rosario, Carmen L. del. (1988). Factores causantes del temor en la atención estomatológica, *Rev.cuba.Estomatol*;25(1):78-89,ene-abr.
- Márquez Rodríguez JA. (2001). *Estudio sobre los conocimientos, comportamientos y actitudes respecto a la salud oral en pacientes de la Sanidad Pública*. Trabajo de investigación para la titulación de Experto Universitario en Salud Pública Oral. Vicerrectorado de Tercer Ciclo y Enseñanzas Propias. Universidad de Sevilla.
- Martínez Ross E (1989). *Manual de Psicología para odontólogos*. México: Editorial Ciencia y Cultura de México.

Martínez, A. M., Villarreal Ríos, E., & Núñez Rocha, G. M. (2001). *La investigación en ciencias de la salud* Monterrey: McGraw Hill.

McNeil DW, Helfer AJ, Weaver BD, Graves RW, Kyle BN, Davis AM (2011). Memory of pain and anxiety associated with tooth extraction. *J Dent Res*, Feb;90(2): 220-4.

Milgrom P, Newton JT, Boyle C, Heaton LJ, Donaldson N. (2010). The effects of dental anxiety and irregular attendance on referral for dental treatment under sedation within the National Health Service in London, *Community Dent Oral Epidemiol*. Oct;38 (5):453-9.

Navarro C, Ramírez R. (1996). Un estudio epidemiológico acerca de la prevalencia de ansiedad y miedos dentales entre la población adulta de la gran área metropolitana de Costa Rica. *Psicología Conductual Vol.4*:79-95.

Peñaranda P (1990). Importancia de la psicología en odontología, *Acta odontológica venez.* May-Dic; 28(2/3):39-48

Rivera I, Fernández A (2005). Ansiedad y Miedos Dentales en escolares Hondureños, *Revista Latinoamericana de Psicología. Vol 37, No.3*: 461-475

Rojas G, Harwardth P, Sassenfeld A, Molina Y, Herrera A, Ríos M, Misrachi C (2011). Eficacia de las técnicas de percepción de control y relajación en la reducción de ansiedad dental, *Acta Odontológica Venezolana. Vol. 49 No.4*: 1-9

Rojas Montes, E. (2009). *La Ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. México: Editorial Planeta Mexicana.

Saldaña, J. P., & Alzamora de los Godos Urcia, L. (2008). *Modulo de Aprendizaje Seminario de Investigación II*. Lima.

Saldaño, O. H.(2009) *Tesis de Grado. Metodología de la Investigación*(20 de 03 de 2009)

[http:// www.mailxmail.com/curso-tesis-investigación/variables-operacionalización](http://www.mailxmail.com/curso-tesis-investigación/variables-operacionalización).
Recuperado el 20 de 03 de 2009,

<http://www.mailxmail.com/curso-tesis-investigacion/variables-operacionalizacion>

Sampieri, R. H. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

Sánchez F, Toledano M, Osario R (2004). Influencia del sexo y el tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento, *Avances en odontoestomatología*; 20- 4: 199 – 206

Soriano, R. R. (2000). *Guías para realizar investigaciones sociales*. México: Plaza y Valdéz Editores.

Soto M, Rojas G y Esguep A (2004). Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Líquen plano oral, Síndrome boca urente y Estomatitis aftosa recidivante, *Medicina y Patología Oral*. 9:1-7

Spielberger, C. D. (1975). *Anxiety: State-Trait-Process*. En C. D. Spielberger y I. G. Sarason (Eds.). *Stress and anxiety*. Volume 1. Washington: Hemisphere.

Spielbergr, C. (1980). *Tensión y Ansiedad*. México, D.F. Multimedia Publications., Inc.

Taméz S, Valle R, Eibenschutz, Méndez I. (2006). Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud pública de México*, 48:418-429.

Taylor, Sheiley E (2007). *Psicología de la Salud*. 6ª. Edición. Madrid, España. McGraw Hill.

Vinaccia S., Bedoya LM, Valencia M (1998). Odontología y Psicología. Disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a Cirugía Odontológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 30(001):67-82

Willian R. Cinotti. (1964). *Psicología Aplicada a la Odontología*. Editorial mundi. Argentina.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se tomaron en cuenta los aspectos éticos principales:

Consentimiento Informado por escrito donde las personas aprobaron participar en la investigación.

Elección de la muestra: Se consideraron la distribución de los beneficios y riesgos de forma equitativa.

Protección y Confidencialidad de los datos.

Protección de Individuos y Grupos vulnerables: Se contemplaron dentro del protocolo con normas, que permitieron informar los resultados y conclusiones a las autoridades de salud.

Minimización del daño: Se redujo cualquier tipo de perjuicio físico, psicológico y económico en contra de las personas y maximizaron los beneficios que resultaron de su participación en la investigación.

El reclutamiento de los sujetos de investigación incluyó el contacto con ellos y las explicaciones necesarias para realizarlo.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Lugar y Fecha	Monterrey, Nuevo León a _____ del 2011
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: _____ " Nivel de Ansiedad que se manifiesta ante un tratamiento odontológico "	
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____	
El objetivo del estudio es: A través de un cuestionario de 9 preguntas determinar el nivel de ansiedad que se manifiesta ante un tratamiento odontológico.	
Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____ Responder 9 preguntas relacionadas con el asistir a recibir un tratamiento odontológico, además de un cuestionario de identidad de 5 preguntas.	
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: No hay riesgos, y su beneficio es obtener datos que permitan publicar estudios relacionados con la Ansiedad.	
El Investigador Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de las preguntas que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	
_____ Nombre y firma del paciente C.D. FRANCISCO CÁZARES DE LEÓN	
_____ Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.	
Los investigadores principales me han explicado que este proyecto es fundamental para medir el nivel de ansiedad.	

Estoy enterado y acepto que los datos demográficos (edad, sexo, escolaridad y ocupación) y los resultados de los cuestionarios de ansiedad sean analizados, discutidos y autorizo sean utilizados para su publicación en revistas científicas internacionales y en textos especializados.

Con el conocimiento de que nunca seré identificado y siempre se mantendrá el anonimato y confidencialidad de mi identidad personal. Los resultados se analizarán como grupo y mi nombre no aparecerá en la publicación.

Testigos (Nombre y firma, dos)



CUESTIONARIO DE DATOS Y DE ANSIEDAD

No. de Encuesta: _____ Clínica de: _____ Tratamiento a realizar: _____

Datos de identificación

Nombre: _____

1. Género: 1) Masculino 2) Femenino

2. Edad y Fecha de Nacimiento:

3. Grado de Escolaridad:

Favor de marcar con una cruz el nivel de escolaridad que haya cursado:

1. SIN ESTUDIOS
2. PRIMARIA
3. SECUNDARIA
4. TÉCNICA/COMERCIAL
5. PREPARATORIA
6. PROFESIONAL
7. MAESTRIA
8. DOCTORADO

4. Profesión/Ocupación:

Favor de marcar con una cruz la actividad a la que se dedica actualmente:

1. DESEMPLEADO
2. OBRERO
3. EMPLEADO
4. EMPRESARIO
5. ESTUDIANTE
6. AMA DE CASA
7. OTRO _____
8. SIN ESTUDIOS

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones que se refieren a situaciones que tienes en la consulta dental. Marca con una X en el número que corresponda.

a la frecuencia de cada afirmación.

5 SIEMPRE 4. MUY FRECUENTEMENTE 3 ALGUNAS VECES 2 POCAS VECES 1 NUNCA

	5	4	3	2	1	total
1. Comienzo a ponerme nervioso cuando el odontólogo me invita a sentarme en la silla.						
2. Cuando el odontólogo va a extraerme un diente, me siento realmente asustado en la sala de espera.						
3. Cuando voy en camino al consultorio pienso en el sonido de la fresa, me dan ganas de no ir.						
4. Quiero irme del consultorio cuando pienso que el dentista no me va a explicar lo que hará en mis dientes.						
5. En el momento en que el dentista prepara la jeringa con la anestesia cierro mis ojos fuertemente						

6. En la sala de espera sudo y tiemblo cuando pienso que es mi turno de pasar a la consulta.						
7. Cuando voy hacia el consultorio me pongo ansioso solo de pensar que tendrá que usar la fresa conmigo.						
8. Cuando estoy sentado en la silla y no se lo que el dentista está haciendo en mi boca, me pongo nervioso.						
9. En mi camino hacia el consultorio la idea de estar sentado en la silla me pone nervioso y sudo.						

**SU PARTICIPACIÓN HA SIDO MUY VALIOSA
!!! MUCHAS GRACIAS!!**

Respuestas de los ÍTEMS (%) de la Escala SDAI

ÍTEM	SIEMPRE	MUY FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA
1. Comienzo a ponerme nervioso cuando el odontólogo me invita a sentarme en la silla.					
2. Cuando el odontólogo va a Extraerme un diente, me siento realmente asustado en la sala de espera.					
3. Cuando voy en camino al consultorio pienso en el sonido de la fresa, me dan ganas de no ir.					
4. Quiero irme del consultorio cuando pienso que el dentista no me va a explicar lo que hará en mis dientes.					
5. En el momento en que el dentista prepara la jeringa con la anestesia cierro mis ojos fuertemente					
6. En la sala de espera sudo y tiemblo cuando pienso que es mi turno de pasar a la consulta.					
7. Cuando voy hacia el consultorio me pongo ansioso solo de pensar que tendrá que usar la fresa conmigo.					
8. Cuando estoy sentado en la silla y no se lo que el dentista está haciendo en mi boca, me pongo nervioso.					
9. En mi camino hacia el consultorio la idea de					

estar sentado en la silla me pone nervioso y sudo.					
---	--	--	--	--	--

DEFINICIONES Y TÉRMINOS

ODONTOLOGÍA O ESTOMATOLOGÍA (dentistry): Ciencia cuyo objetivo es la prevención y tratamiento de las enfermedades y trastornos de los dientes y las estructuras circundantes de la cavidad oral (Anderson, 1994).

Es una de la ciencias de la salud que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático (esto incluye los dientes, la encía, la lengua, el paladar, la mucosa oral, la glándulas salivales y otras estructuras anatómicas implicadas, como los labios, amígdalas, orofarínge y la articulación).

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO (dental treatment): Cuidado y atenciones prestadas a un paciente al objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno morboso o lesión traumática del aparato estomatognático (Anderson, 1994).

SUBESPECIALIDADES: Además de la odontología general existen otras subespecialidades que exigen una formación adicional: endodoncia, patología oral, cirugía oral, cirugía maxilofacial, ortodoncia, odontopediatría, periodoncia, protesiología y odontología de la salud pública (Anderson, 1994).

ODONTÓLOGO (odontologist): Médico especialista en el tratamiento de las enfermedades de los dientes (Anderson, 1994).

PSICOLOGÍA (psychology): Estudio del comportamiento de las funciones y procesos de la mente, especialmente en relación con el medio ambiente.

Profesión que trata de las aplicaciones prácticas del conocimiento, la experiencia y las técnicas sobre la comprensión, la prevención o la solución de los problemas individuales o sociales, especialmente en relación con la interacción que existe entre el individuo y el medio físico y social que lo rodea.

Las ramas de la psicología son: la psicología analítica, la psicología animal, el conductismo, la psicología clínica, la psicología cognoscitiva, la psicología experimental, la psicología humanista y la psicología social (Anderson, 1994).

ANSIEDAD ODONTOLÓGICA: “es considerada como un estado complejo en el que entra una persona al concebir la idea de someterse a un tratamiento odontológico, conduce a la evitación de la atención odontológica, motivo por el cual puede llevarse un tratamiento

largo y doloroso que a la vez refuerza y/o produce la ansiedad y el miedo ante procesos dentales, creando un difícil manejo” (Vinaccia, 1998).

La Odontología **conductual** es definida como el campo que surge de la aplicación de los conceptos, métodos y técnicas conductuales a aquellos problemas de la salud dental relacionados de algún modo con el comportamiento de las personas que lo padecen (Gil 1993, citado por Fernández y Gil, 1994).

Según Lázarus y Folkman, el **estrés psicológico** es una relación particular entre un individuo y el entorno, en la que el individuo evalúa el entorno como amenazante o como desbordante de los recursos de enfrentamiento y que pone en peligro su bienestar, o sea que no es exclusivamente producido por estímulos externos o reacciones fisiológicas; por esto se habla de un estrés psicológico con un componente cognitivo (Belloch, Sandín y Ramos; 1995), es decir se le atribuye a la persona un rol activo en el proceso del estrés.

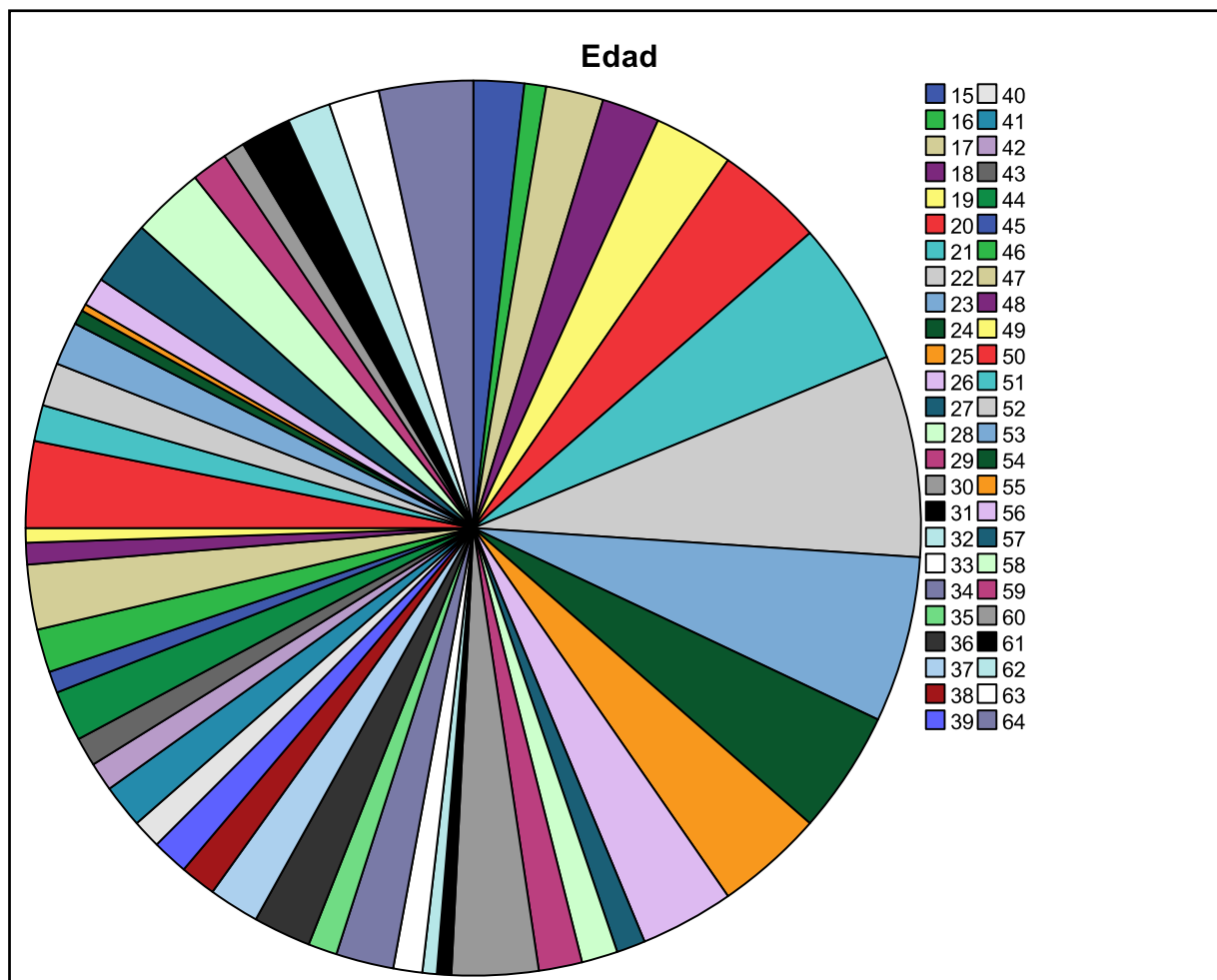
ANSIEDAD (anxiety): Estado o sensación de aprensión, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro generalmente de origen intrapsíquico mas que externo, cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse (Anderson, 1994).

Así también Vinaccia (1998) la define como fluctuaciones en las condiciones o estados emocionales transitorios de los sujetos, caracterizadas por sentimientos de aprensión subjetiva.

CRISIS DE ANSIEDAD (anxiety attack): Reacción aguda, psicobiológica, que se manifiesta por angustia intensa y pánico (Anderson, 1994).

**Estadística: frecuencias de
edad de pacientes**

N	Válidos	384
	Pérdidos	0
Media		35.56
Mediana		30.00
Moda		22
Sumatoria		13654

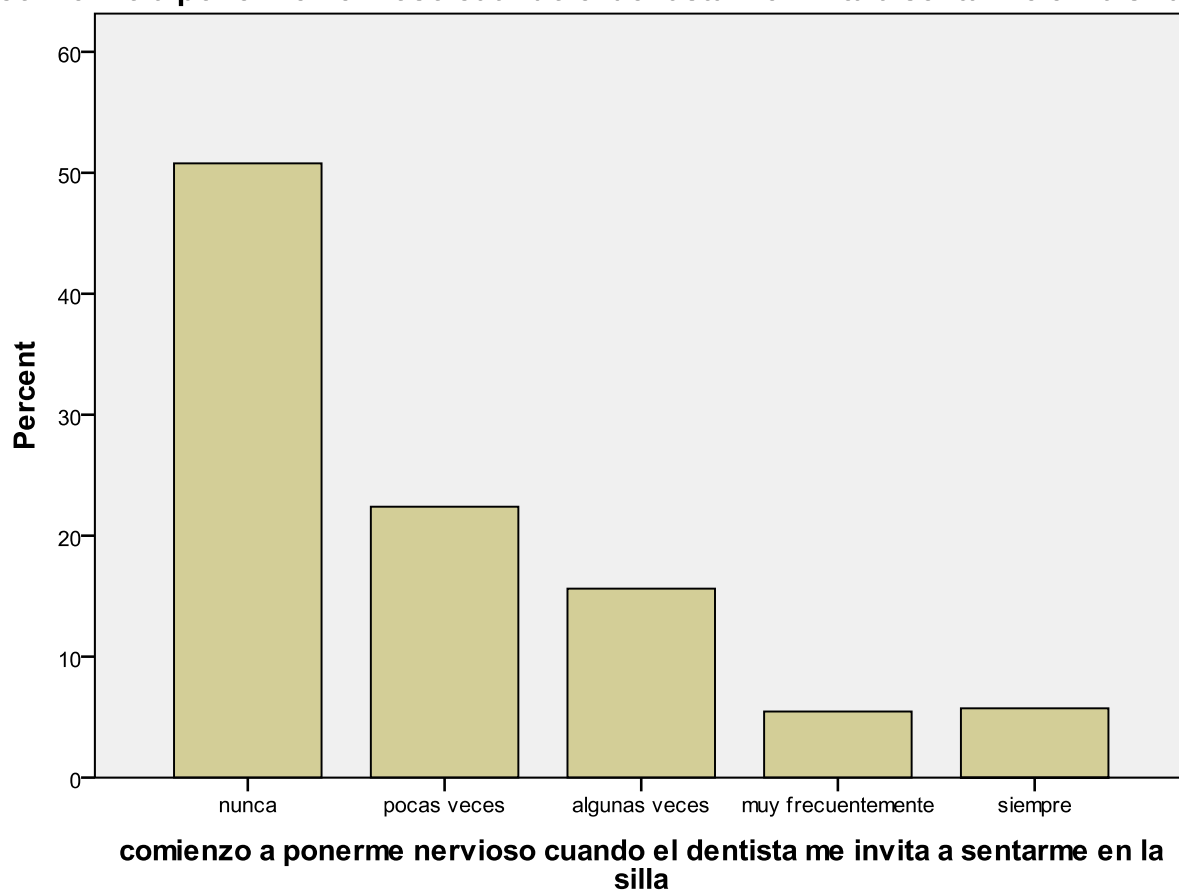


Tablas de frecuencias de los 9 ítems de la Escala de Ansiedad

1.Comienzo a ponerme nervioso cuando el dentista me invita a sentarme en la silla

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos nunca	195	50.8	50.8	50.8
pocas veces	86	22.4	22.4	73.2
algunas veces	60	15.6	15.6	88.8
muy frecuentemente	21	5.5	5.5	94.3
siempre	22	5.7	5.7	100.0
Total	384	100.0	100.0	

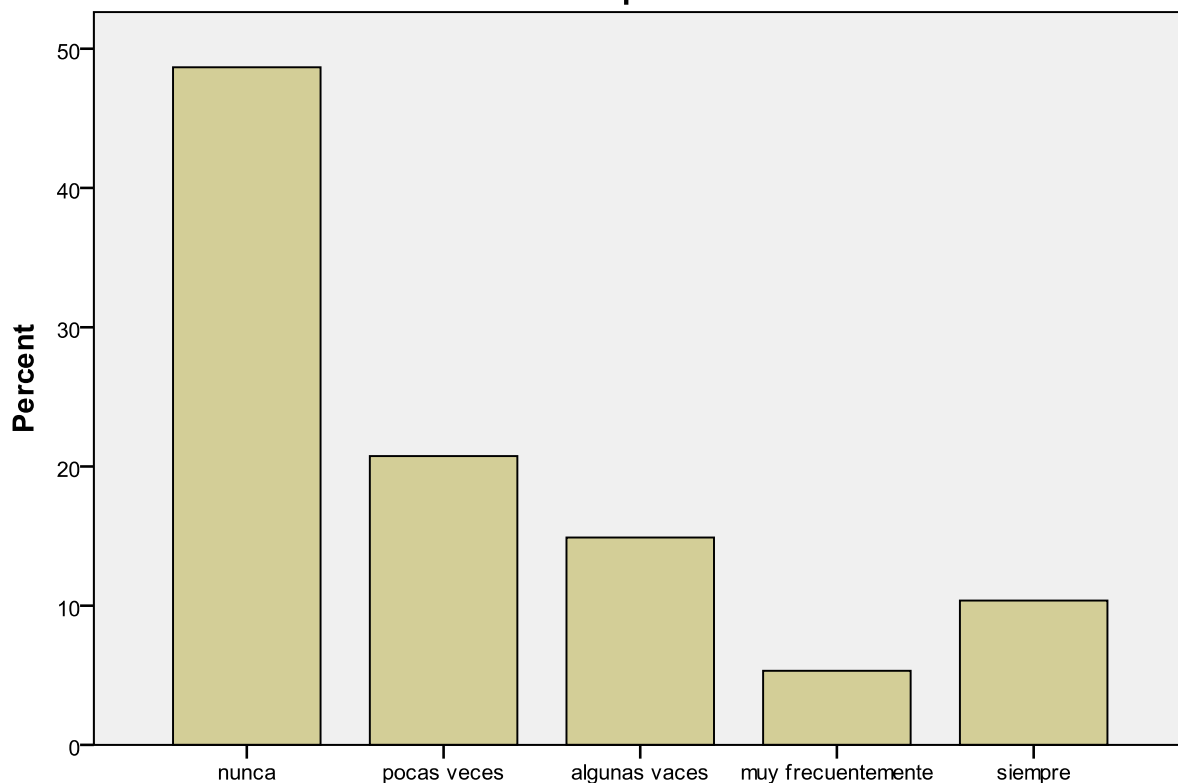
comienzo a ponerme nervioso cuando el dentista me invita a sentarme en la silla



2. Cuando el dentista va a extraerme un diente me siento realmente asustado en la sala de espera

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Valid	nunca	183	47.7	48.7	48.7
	pocas veces	78	20.3	20.7	69.4
	algunas veces	56	14.6	14.9	84.3
	muy frecuentemente	20	5.2	5.3	89.6
	siempre	39	10.2	10.4	100.0
	Total	376	97.9	100.0	
Pérdidos		8	2.1		
Total		384	100.0		

cuando el dentista va a extraerme un diente me siento realmente asustado en la sala d espera

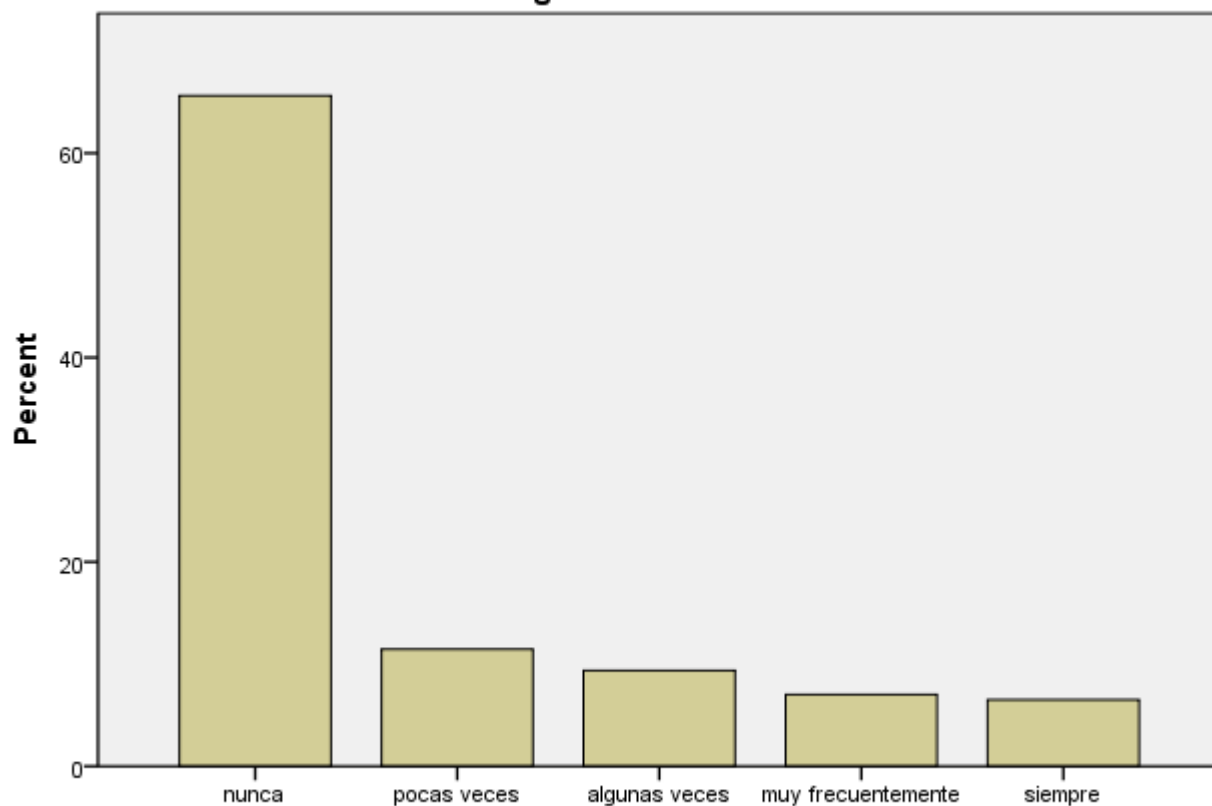


cuando el dentista va a extraerme un diente me siento realmente asustado en la sala d espera

3. Cuando voy en camino al consultorio pienso en el sonido de la pieza de mano, me dan ganas de no ir

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos nunca	252	65.6	65.6	65.6
pocas veces	44	11.5	11.5	77.1
algunas veces	36	9.4	9.4	86.5
muy frecuentemente	27	7.0	7.0	93.5
siempre	25	6.5	6.5	100.0
Total	384	100.0	100.0	

cuando voy en camino al consultorio pienso en el sonido de la pieza de mano, me dan ganas de no ir

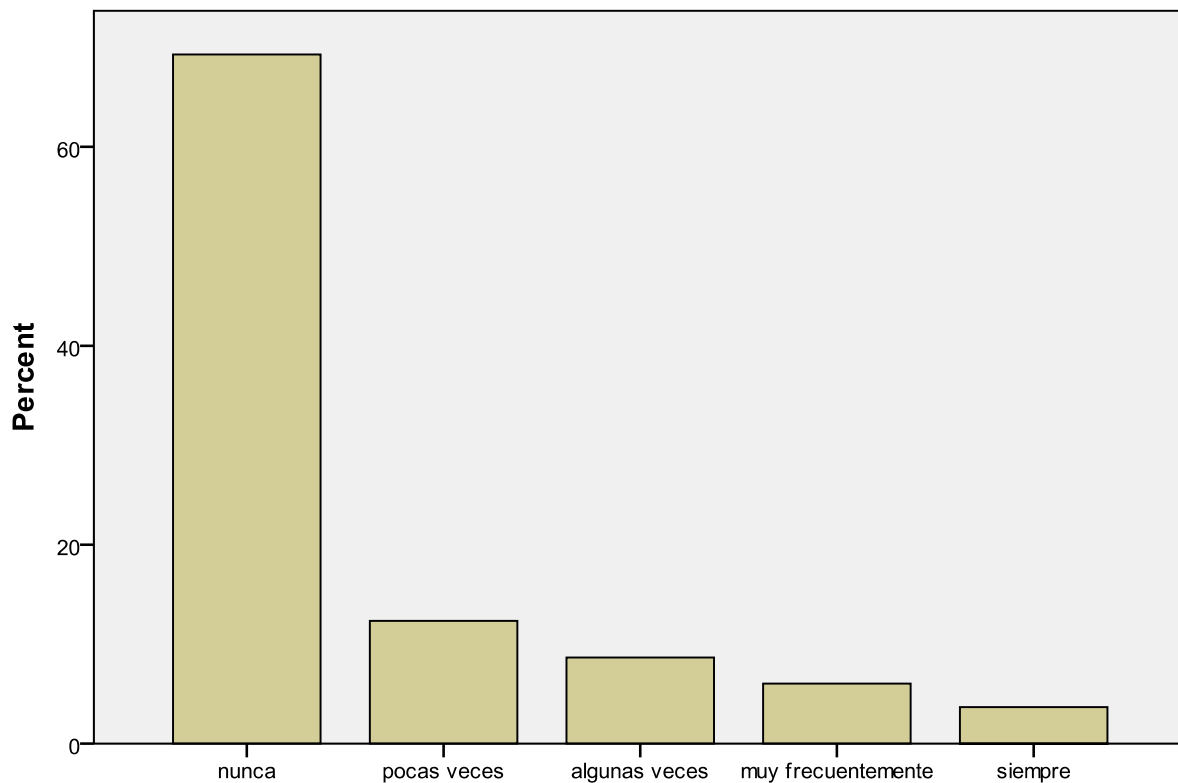


cuando voy en camino al consultorio pienso en el sonido de la pieza de mano, me dan ganas de no ir

4. Quiero irme del consultorio cuando pienso que el dentista no me a explicar lo que hará en mis dientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	264	68.8	69.3	69.3
	pocas veces	47	12.2	12.3	81.6
	algunas veces	33	8.6	8.7	90.3
	muy frecuentemente	23	6.0	6.0	96.3
	siempre	14	3.6	3.7	100.0
	Total	381	99.2	100.0	
Perdidos		3	.8		
Total		384	100.0		

**quiero irme del consultorio cuando pienso que el dentista no me a explicar lo que
hará en mis dientes**



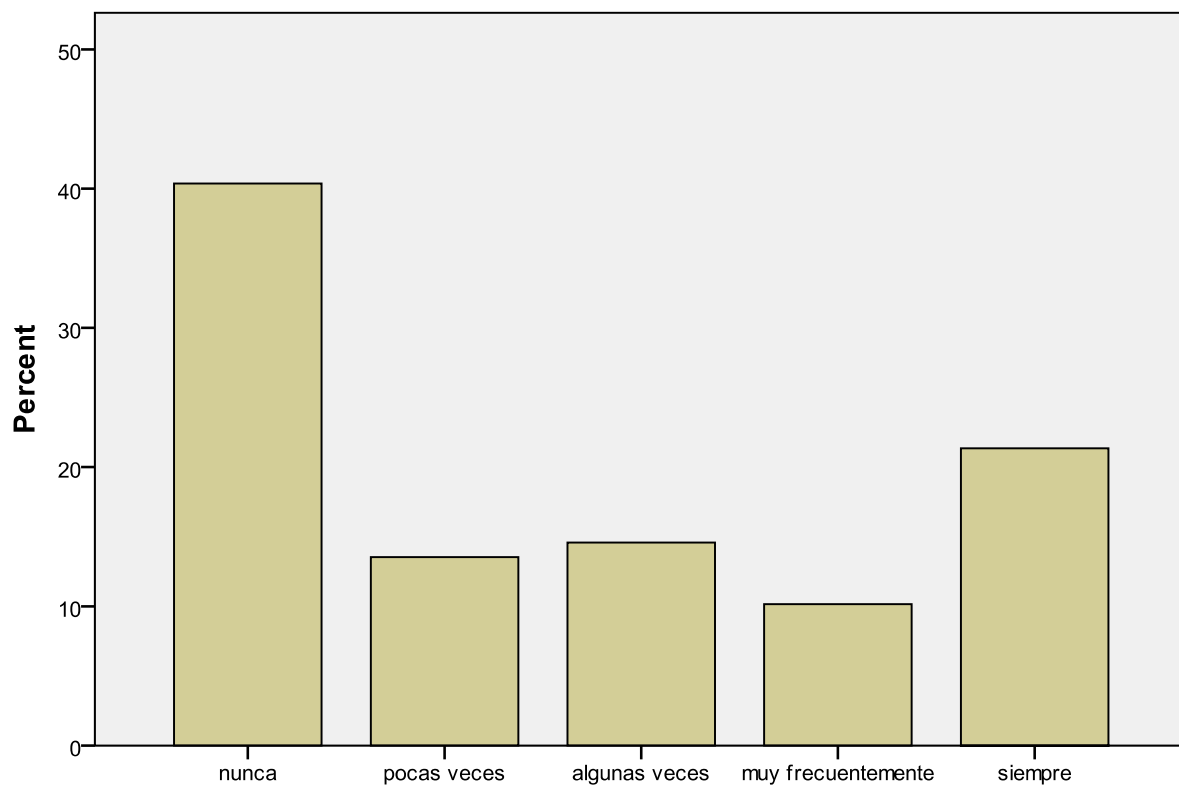
**quiero irme del consultorio cuando pienso que el dentista no me a explicar lo
que hará en mis dientes**

5. En el momento en que el dentista prepara la jeringa con anestesia cierro mis ojos

fuertemente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos nunca	155	40.4	40.4	40.4
pocas veces	52	13.5	13.5	53.9
algunas veces	56	14.6	14.6	68.5
muy frecuentemente	39	10.2	10.2	78.6
siempre	82	21.4	21.4	100.0
Total	384	100.0	100.0	

en el momento en que el dentista prepara la jeringa con anestesia cierro mis ojos fuertemente

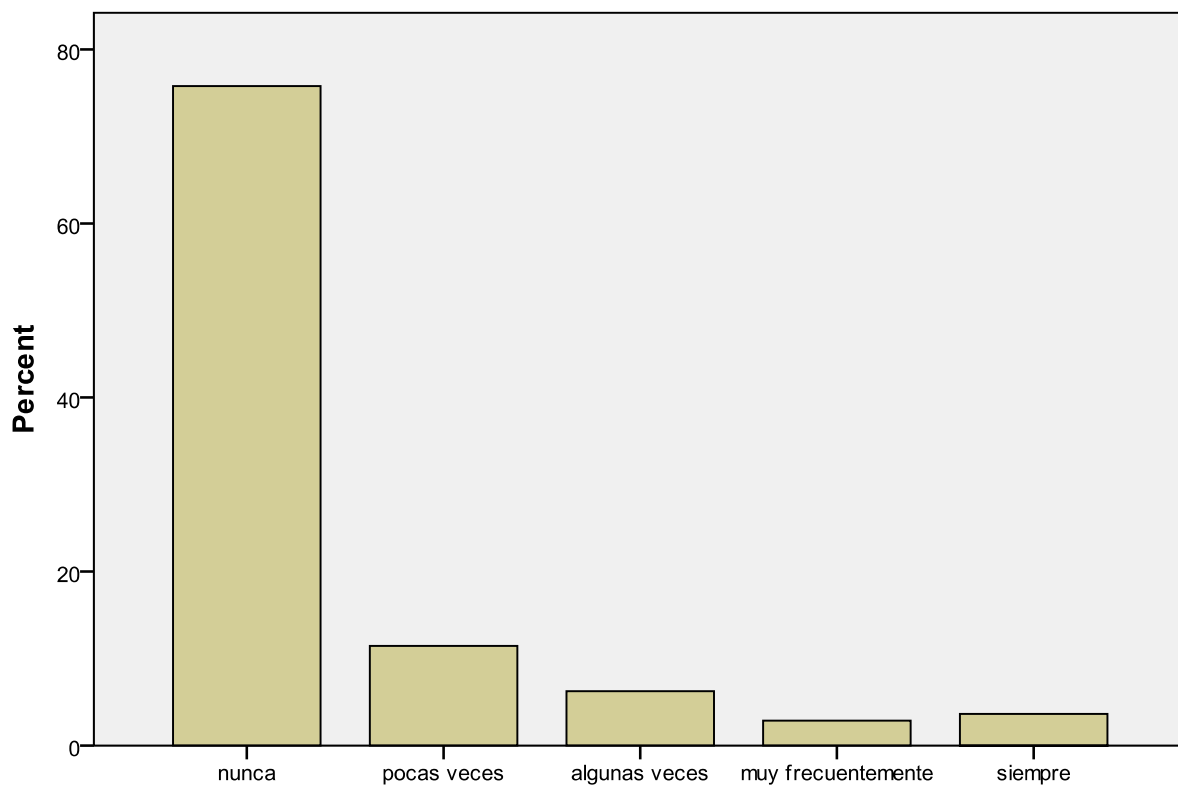


en el momento en que el dentista prepara la jeringa con anestesia cierro mis ojos fuertemente

6. En la sala de espera sudo y tiemblo cuando pienso que es mi turno de pasar a la consulta

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos nunca	291	75.8	75.8	75.8
pocas veces	44	11.5	11.5	87.2
algunas veces	24	6.3	6.3	93.5
muy frecuentemente	11	2.9	2.9	96.4
siempre	14	3.6	3.6	100.0
Total	384	100.0	100.0	

en la sala de espera sudo y tiemblo cuando pienso que es mi turno de pasar a la consulta



en la sala de espera sudo y tiemblo cuando pienso que es mi turno de pasar a la consulta

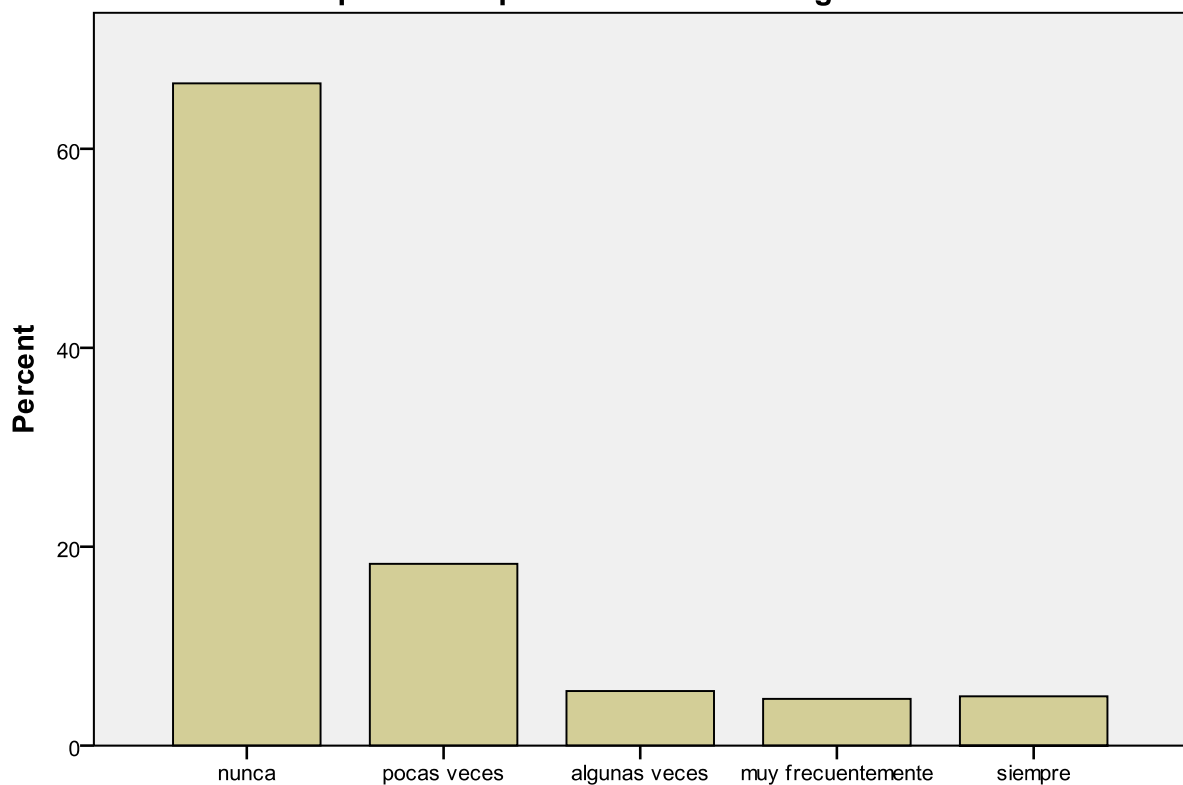
7. Cuando voy hacia el consultorio me pongo ansioso solo de pensar que tendrá que usar la pieza de mano conmigo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	255	66.4	66.6	66.6
	pocas veces	70	18.2	18.3	84.9
	algunas veces	21	5.5	5.5	90.3
	muy frecuentemente	18	4.7	4.7	95.0
	siempre	19	4.9	5.0	100.0
	Total	383	99.7	100.0	
Perdidos		1	.3		

7. Cuando voy hacia el consultorio me pongo ansioso solo de pensar que tendrá que usar la pieza de mano conmigo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	255	66.4	66.6	66.6
	pocas veces	70	18.2	18.3	84.9
	algunas veces	21	5.5	5.5	90.3
	muy frecuentemente	18	4.7	4.7	95.0
	siempre	19	4.9	5.0	100.0
	Total	383	99.7	100.0	
Perdidos		1	.3		
Total		384	100.0		

cuando voy hacia el consultorio me pongo ansioso solo de pensar que tendrá que usar la pieza de mano conmigo

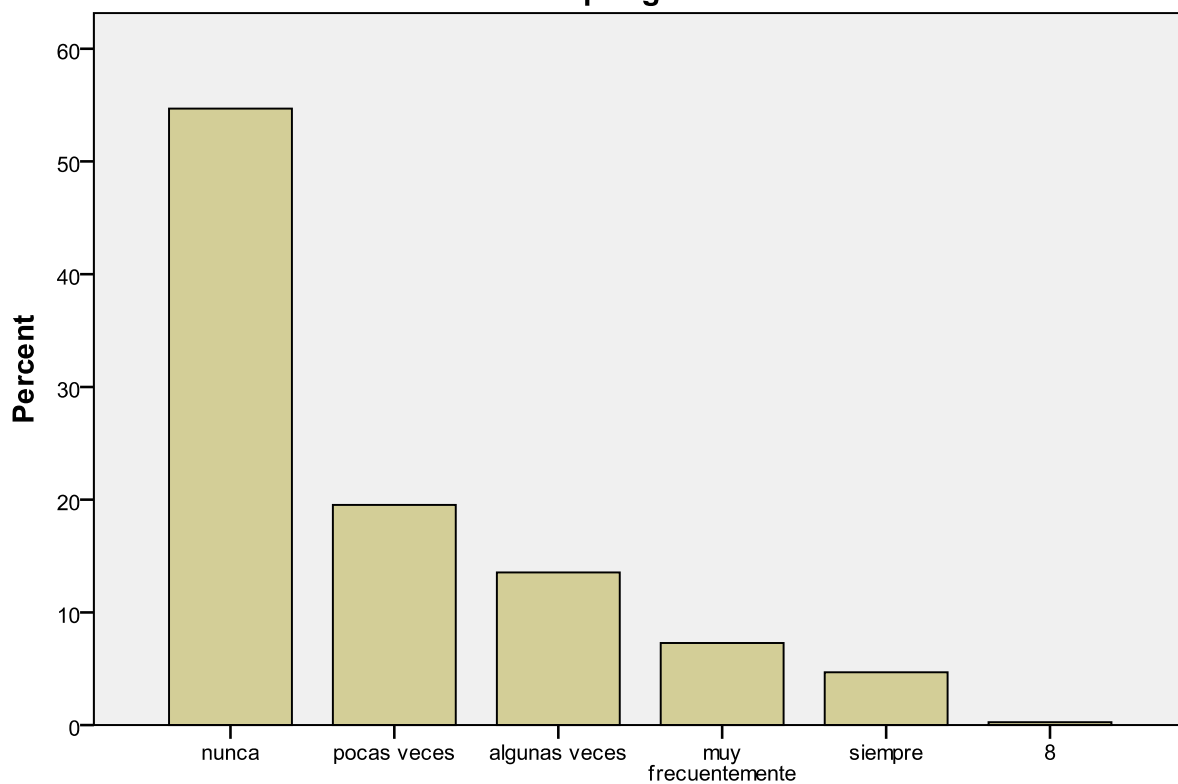


cuando voy hacia el consultorio me pongo ansioso solo de pensar que tendrá que usar la pieza de mano conmigo

**8. Cuando estoy sentado en el sillón dental y no sé lo que es dentista está haciendo en
mi boca me pongo nervioso**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos nunca	210	54.7	54.7	54.7
pocas veces	75	19.5	19.5	74.2
algunas veces	52	13.5	13.5	87.8
muy frecuentemente	28	7.3	7.3	95.1
siempre	18	4.7	4.7	99.7
8	1	.3	.3	100.0
Total	384	100.0	100.0	

**cuando estoy sentado en el sillón dental y no se lo que es dentista esta haciendo
en mi boca me pongo nervioso**



**cuando estoy sentado en el sillón dental y no se lo que es dentista esta
haciendo en mi boca me pongo nervioso**

9. En el camino hacia el consultorio la idea de estar sentado en el sillón dental me pongo nervioso y sudo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos nunca	307	79.9	79.9	79.9
pocas veces	32	8.3	8.3	88.3
algunas veces	18	4.7	4.7	93.0
muy frecuentemente	16	4.2	4.2	97.1
siempre	11	2.9	2.9	100.0
Total	384	100.0	100.0	

en el camino hacia el consultorio la idea de estar sentado en el sillón dental me pongo nervioso y sudo

